АОР
Ассоциация Онкологов России



Материалы
IX СЪЕЗДА ОНКОЛОГОВ РОССИИ
14-16 июня 2017 года
Конгресс-холл, Уфа, ул. Заки Валиди, д. 2

www.aor2017.ru

Материалы
IX Съезда онкологов России

Уфа, 14–16 июня 2017 г.

Организаторы Съезда

- Ассоциация онкологов России
- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина
- Министерство здравоохранения Республики Башкортостан
- Ассоциация онкологов Приволжского Федерального округа

Президент Съезда и Председатель научного комитета

Давыдов Михаил Иванович
Председатель Правления Ассоциации онкологов России, директор ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина» Минздрава России, главный внештатный онколог Минздрава России, академик РАН, профессор

Научный комитет Съезда

Заместитель председателя научного комитета

Тюляндин Сергей Алексеевич
Заместитель директора по научной работе ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина» Минздрава России, Председатель Российского общества клинической онкологии, профессор

Ответственный секретарь научного комитета

Петровский Александр Валерьевич
Исполнительный директор Ассоциации онкологов России, заместитель директора по научной работе НИИ клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина» Минздрава России, к.м.н.

Члены научного комитета

Авксентьева Мария Владимировна
Александрова Оксана Юрьевна
Алиев Мамед Джавадович
Аллахвердиев Ариф Керимович
Бекяшев Али Хасьянович
Беляев Алексей Михайлович
Бойцов Сергей Анатольевич
Важенин Андрей Владимирович
Горбунова Вера Андреевна
Давыдов Михаил Михайлович
Долгушин Борис Иванович
Кадагидзе Заира Григорьевна
Каприн Андрей Дмитриевич
Кит Олег Иванович
Коваленко Елена Игоревна
Красильников Михаил Александрович
Лактионов Константин Константинович
Литвинов Роман Петрович
Манихас Георгий Моисеевич
Матвеев Всеволод Борисович
Махсон Анатолий Нахимович
Моисеенко Владимир Михайлович
Мудунов Али Мурадович
Нечушкина Валентина Михайловна
Новиков Георгий Андреевич
Орёл Надежда Фёдоровна
Османов Евгений Александрович
Павлов Владимир Николаевич
Патютко Юрий Иванович
Поддубная Ирина Владимировна
Подлужный Данил Викторович
Покатаев Илья Анатольевич
Поляков Владимир Георгиевич
Портной Сергей Михайлович
Расулов Арсен Османович
Рудой Сергей Владимирович
Рыков Максим Юрьевич
Сергеев Юрий Петрович
Старинский Валерий Владимирович
Феденко Александр Александрович
Хасанов Рустем Шамильевич
Чойнзонов Евгений Лхамацыренович
Якубовская Марианна Геннадьевна

Локальный организационный комитет Съезда

Аббасова Раиля Рафиковна
Абдеев Рустем Раисович
Акмалов Юрий Михайлович
Аюпов Рустем Талгатович
Батталова Гузель Юрьевна
Валиахметова Чулпан Хусаеновна
Галеев Марат Галиакбарович
Закирова Ляля Камильевна
Кудряшова Любовь Николаевна
Мавзютова Алсу Анасовна
Мусин Шамиль Исмагилович
Муфазалов Фагим Фанисович
Пушкарев Василий Александрович
Рахимов Роберт Рафикович
Ручкин Валерий Владимирович
Сакаева Дина Дамировна
Султанбаев Александр Валерьевич
Султанов Руслан Закирович
Хризман Юрий Нусинович
Штефан Алла Юрьевна

Технический организатор Съезда

Медицинское Маркетинговое Агентство

Время и место проведения Съезда

14–16 июня 2017 года
Конгресс-холл, Уфа, ул. Заки Валиди, д. 2

Лучевая терапия, химиолучевая терапия рака пищевода

Аббасова Р.Р., Муллагулова Ю.Т., Муллагулова Т.Д., Гончарова О.В., Сафина Л.Х., Уразметова Г.А., Кириллова Э.В., Муфазалова Л.Ф.

Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, Уфа

Рак пищевода является одним из самых неблагоприятных по течению и исходу онкологическим заболеванием.

В структуре онкологических заболеваний РКОД радиологического отделения №2 рак пищевода занимает четвертое место. В год в нашем отделении лечится около 100 больных. Смертность от рака пищевода в течение первого года остается высокой, достигает 61%.

В нашем отделении проводится самостоятельная лучевая терапия, самостоятельная химиолучевая терапия (ХЛЛ), предоперационная химиолучевая терапия.

Проведен анализ 197 больных с раком пищевода, пролеченных в период 2013–2015гг.

Из них мужчин – 131 больных, женщин – 66.

По стадиям заболевания: у 87% больных раком пищевода диагностируется III ст. заболевания, со II ст. – 8,3% больных, IV ст. – 3,75%, с Iст. ≈ 1% больных.

Самостоятельная лучевая терапия. С 2013 по 2015 гг. в радиологическом отделении №2 73 больных получили самостоятельную лучевую терапию. Пациентам проводилась дистанционная лучевая терапия, в стандартном режиме фракционирования, 25–30 фракций в течение 5–6 недель, СОД от 50 до 60 Гр. Средняя продолжительность жизни составила 11,2 месяца. Общая выживаемость в течение первого года составила 32%, 2-летняя выживаемость составила 9%.

Самостоятельная химиолучевая терапия. Пролечено 114 больных. Средняя продолжительность жизни составила 15,8 месяцев. Общая выживаемость в течение первого года составила 49%, 2-летняя выживаемость в этой группе составила 26%.

Особую роль в современной ХЛЛ отводят препаратам платины, антиметаболитам и их комбинации.

Была проведена оценка влияния компонентов химиотерапевтического блока в ХЛЛ на 2хлетнюю выживаемость. В результате анализа этот показатель при проведении схемы (цисплатин 120 мг (1 день) + 5фторурацил (500 мг/м^2 №5), каждые 21 день), составил 28,6% и был сопоставим с применением цисплатина в монорежиме (50–70 мг еженедельно на фоне ДЛТ), 30%, в группе же с 5 фторурацилом – 22,2%.

30-дневная летальность после выписки из стационара в 2013, 2014 и 2015 гг. составила 6,78, 1,59 и 9,33%, соответственно.

Проведенный анализ полученных результатов заставляет задуматься нас об определении более четких факторов (клинических, генетических), а также критериев отбора при применении персонализированного подхода с целью индивидуализации лечения.

Радионуклидная терапия стронцием хлоридом 89 у пациентов с метастазами в кости в Свердловском областном онкологическом диспансере

Авраменко А.А., Бенцион Д.Л., Гриб А.В., Демидов С.М.

Свердловский областной онкологический диспансер, Екатеринбург;
Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Введение. Системную радионуклидную терапию Стронцием 89-хлоридом (РНТ) применяют при метастатическом поражении костей в комбинированном лечении для купирования и профилактики развития болевого синдрома.

Материалы и методы. В 2015 г. РНТ проведена 43 пациентам: жен – 18 (42%), муж – 25 (58%). Средний возраст 59 лет (39 : 79). По виду первичной опухоли: предстательная железа – 22 (51,1%); молочная железа – 17 (39,6%); легкое – 1 (2,3%); первично-множественный – 2 (4,7%). Перед процедурой пациентам проводилось стандартное онкологическое обследование с включением остеосцинтиграфии (ОСГ) для оценки степени накопления РФП в костных очагах до лечения и в динамике. Болевой синдром оценивался по 10 бальной визуально-аналоговой шкале (ВАШ), до лечения: 0–3 балла – 9 (20,9%), 4–7 б. – 26 (60,4%), 8–10 б. – 8 (18,6%). Процедура заключалась в однократном введении 4 мл раствора Стронция 89-хлорида в дозе 150 МБк. Эффективность лечения оценивалась по данным ОСГ, динамике болевого синдрома. Токсичность – по шкале CTC AE v.4.

Результаты и обсуждение. Период наблюдения составил 12–16 мес (медиана 8 мес). 5 (11,6%) пац. погибли в течение 12 мес от прогрессирования основного заболевания. 38 (88,4%) пац. продолжают наблюдение. Стабилизация процесса в виде уменьшения интенсивности болевого синдрома, уменьшения или полного отказа от анальгетиков, повышение повседневной активности, уменьшение степени захвата РФП через 6 мес – у 31 (72%). Отрицательная динамика – у 7 (16%) в виде усиления болевого синдрома, переход на наркотические анальгетики, появление новых очагов захвата РФП. Обратимое усиление болевого синдрома в течение 1–2 мес. после терапии у10 (23,3%).

Гематологическая токсичность развилась у 15(35%): лейкопения I ст. – 4 (26,6%), II – 5 (33,3%); анемия I ст. – 7 (46,6%), II – 5 (33,3%), III – 1 (6,6%); тромбоцитопения II ст. – 1 (6,6%), III – 1 (6,6%). Сроки восстановления гематологических показателей составили 4–8 недель после назначения стандартной гемостимулирующей терапии.

Заключение. РНТ Стронцием 89-хлоридом является консолидирующим этапом паллиативного лечения больных с метастазами в кости,эффективным методом, улучшающим качество жизни больных за счет сохранения физической активности, работоспособности, контроля болевого синдрома.

Динамика заболеваемости раком легкого (РЛ) в Алтайском крае с 1980 по 2016 годы

Агеев А.Г., Лазарев А.Ф., Нечунаев В.П., Федоскина А.В., Максименко А.А., Панасьян А.У., Музалевский П.Н., Мязин Д.В., Черданцева Т.М., Беляев А.Н.

Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул

Рассчитаны показатели заболеваемости РЛ населения Алтайского края за период 1980–2016 гг., мировой стандарт. В данный период происходил статистически значимый рост заболеваемости, как общей (с 32,1 до 47,5 на 100 тыс. населения), а также среди мужского (67,5 на 100 тыс. в 1980 г. до 103,2 на 100 тыс. в 1988 г.) и женского населения (9,2–11,2 на 100 тыс.). С 1988 г. по 1995 г. отмечалась стабилизация заболеваемости: общая – с 47,5 на 100 тыс. в 1988 г. до 46,5 на 100 тыс. в 1995 г.; мужчины – с 103,2 на 100 тыс. до 103,4 на 100 тыс.; женщины – с 12,2 на 100 тыс. до 10,9 на 100 тыс. В период 1988–1995 г.г. – изменения статистически незначимы. С 1995 по 2016 г. – статистически значимое снижение как общей заболеваемости (46,5 на 100 тыс. в 1995 г. – 33,76 на 100 тыс. населения в 2016 г.), так и среди мужчин (103,4 на 100 тыс. – 73,72 на 100 тыс.) и среди женщин (10,9 на 100 тыс. – 8,21 на 100 тыс.).

В указанные временные периоды произведена аппроксимация данных с построением линейных трендов и расчетом коэффициента роста заболеваемости (R) и достоверности аппроксимации R2. В период 1980–1988 г.г. R составил 1,90, R2 = 0,87; заболеваемости мужского населения – 4,34, R2 = 0,89; женского – 0,41, R2 = 0,63. В период 1988–1995 гг. R общей заболеваемости составил –0,26, R2 = 0,23; R мужского населения – –0,39, R2 = 0,10; женского – -0,11, R2 = 0,15. В период 1995–2016 гг. коэффициент роста заболеваемости РЛ принял отрицательное значение. Общая заболеваемость –0,67, R2 = 0,40; мужчины – -1,43, R2 = 0,40; женщины – –0,19, R2 = 0,35.

Выводы: в период 1980–1988 гг. зарегистрирован рост заболеваемости РЛ жителей Алтайского края. С 1988 по 1995 гг. отмечалась стабилизация заболеваемости на высоких цифрах, и с 1995 г. по настоящее время отмечается тенденция к некоторому снижению заболеваемости РЛ.

Такая динамика заболеваемости возможна при условии воздействия на население Алтайского края сильно действующего канцерогенного фактора. Этим фактором могла быть серия ядерных взрывов на Семипалатинском полигоне 1961–1962 г.г. с выбросом радиоактивных продуктов взрыва в атмосферу. Временной интервал 20 лет необходим для реализации канцерогенного эффекта ионизирующей радиации на легкое. Возможно, после прекращения этого воздействия с 1988 г. по 1995 г. произошла стабилизация и, начиная с 1995 г., отмечена статистически значимая тенденция к снижению заболеваемости.

Контрастно усиленное ультразвуковое исследование в диагностике гепатоцеллюлярного рака печени: первый опыт

Агеев А.С., Чекалова М.А., Романенко Н.В.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Цель. Определение возможностей контрастно усиленного ультразвукового исследования при диагностике гепатоцеллюлярного рака печени.

Материалы и методы. В отделении научно-консультативном НИИ КО РОНЦ им. Н.Н.Блохина 16 пациентам в возрасте от 29 до 76 лет с диагнозом гепатоцеллюлярный рак печени проведено комплексное ультразвуковое исследование печени с использованием контрастного препарата Sonoview.

Результаты. При использовании контрастного препарата отмечено, что размеры первичной опухоли в 5 наблюдениях оказались на 0,8–1,7 см больше в сравнении с серошкальным режимом. В 3 случаях размеры были сопоставимы. У всех больных после введения контрастного препарата выявлено более быстрое накопление контрастного препарата в опухоли по сравнению с окружающей их паренхимой печени в артериальную фазу примерно на 15–28 секунде от начала введения препарата. В 3 случаях накопление было относительно равномерным, в остальных случаях накопление было неравномерным: 5 с усилением контраста в виде ободка вокруг выявленных очагов, 3 с наличием зон отсутствия контрастирования неправильной «звездчатой» формы, при этом в 2 случаях описанные зоны постепенно проконтрастировались, в результате чего контрастирование образований стало равномерным. Зоны отсутствия контрастирования были наиболее выражены в образованиях крупных размеров (более 5 см).

Во всех случаях после выравнивания контрастирования между образованиями в печени и окружающей паренхимой (примерно 37–62 секунда от начала введения контрастного препарата) в венозную фазу происходило более быстрое в сравнении с окружающей паренхимой вымывание контраста из очагов. В 14 наблюдениях отмечен неравномерный «ячеистый» характер вымывания контраста, в 2 случаях – равномерный.

В 8 случаях во время контрастирования выявлены внутриорганные метастазы, не визуализировавшиеся при исследовании в режиме серой шкалы.

Общий вывод. Использование контрастно-усиленного ультразвукового исследования в диагностике гепатоцеллюлярного рака печени дает возможность получить дополнительную информацию по сравнению с В-режимом.

Результаты видеоассистированных операции при раке прямой кишки

Аглуллин И.Р., Валиев А.А, Игламов А.К., Тойчуев З.М., Шакиров Р.К., Аглуллин М.И., Кутдусов Р.Ш.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан, Казань

Актуальность. В последние годы использование видеолапароскопических (ВЛС) технологий в хирургическом лечении колоректального рака приобретает все большее распространение.

Цель исследования. Оценка безопасности и эффективности ВЛС передних резекций прямой кишки и выявление значимых преимуществ лапароскопического доступа по сравнению с традиционным.

Материалы и методы. Выполнено 154 операций с использованием ВЛС технологий из них: 74 внутрибрюшных резекций прямой кишки с тотальной мезоректумэктомией, 5 – комбинированных лапароскопических вмешательств. Характеристика пациентов по стадиям: 1 ст. 14 (19%), 2 ст. 34 (46%), 2 ст. 34 (46%), 4 ст. 2 (3%).

Результаты. Среднее время операции составляло 152 мин. Кровопотеря составляла не более 70 мл. Конверсия в связи с местнораспространенным процессом потребовалась в 1 случае. Отрицательные края резекции (R0) – в 100% случае. Среднее количество исследованных лимфоузлов по результатам гистологического исследования составило 15 (9–23), что соответствует критериям радикальности оперативного вмешательства. Перистальтика восстанавливалась на 1–2-е сутки. Энтеральное питание и активизация пациентов осуществлялось на 2 сутки после операции. Следует отметить, что необходимость в обезболивании наркотическими анальгетиками после операции возникала только в 1 сутки. Осложнения в послеоперационном периоде в виде частичной несостоятельности колоанального анастомоза периоде возникло у 10 пациентов (13, 5%). 3 случая потребовали наложения разгрузочной кишечной стомы, В 7 случаях несостоятельность разрешилась консервативно (дренирования полости малого таза составила от 10 до 15 суток.) Летальных случаев не было.

Выводы. Применение ВЛС доступа при передних резекциях прямой кишки позволяет значительно быстрее активизировать пациентов, происходит быстрое восстановлении функции кишечника, потребность в наркотических анальгетиках в послеоперационном периоде значительно снижается. Позволяет добиться «бескровности» оперативного вмешательства за счет прецизионной мобилизации кишки и мезоректума, без ущерба онкологической радикальности. Количество осложнений развивающиеся после лапароскопических передних резекций соответствует с количеством осложнений, возникающих при традиционных «открытых» передних резекций по данным мировой литературы. Однако выполнение лапароскопических вмешательств требует от хирурга определенных навыков и опыта.

Выбор метода реконструкции пищеварительного тракта после панкреатодуоденальной резекции

Аглуллин И.Р., Гатауллин И.Г., Тойчуев З.М., Дидакунан Ф.И., Валиев А.А., Аглуллин Т.И., Гатауллин Б.И.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан, Казань

Цель исследования. Провести сравнительный анализ результатов реконструкции пищеварительного тракта после панкреатодуоденальной резекции – гастропанкреато- и панкреатоеюноанастомоза в ближайшем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением с 2010 по 2017 гг. а РКОД МЗ РТ находились 117 пациентов с раком головки поджелудочной железы, которым была выполнена панкреатодуоденальная резекция. У 48 пациентов (1 группа) произведена реконструкции пищеварительного тракта в виде панкреатогастроанастомоза «конец в бок» с задней стенкой желудка и у 79 пациентов (2 группа) в виде панкреатоеюноанастомоза инвагинационным способом «конец в конец». Основными критериями выбора вида панкреатодигестивных анастомозов явилось несоответствие диаметра тощей кишки и культи поджелудочной железы.

Результаты. При сравнительном анализе непосредственных результатов панкреатоеюно- и панкреатогастроанастомозов были получены следующие результаты. Интраоперационная кровопотеря у больных 1 группы составила 250 ± 70 мл, 2 группы – 220 ± 30 мл (>0,05); продолжительность операции соответственно 240 ± 30 и 240 ± 35 мин (>0,05); послеоперационный койко-день 16,1 и 14,7 дней. Несостоятельность панкреатоеюнанастомоза отмечена в 9% случаев, при панкреатогастроанастомозе в 1,2% ($p < 0,05$). Послеоперационная летальность в 1 группе составила 2,4%, во второй 1,6% (>0,05). В отдаленном послеоперационном периоде всем пациентам проводили изучение качество жизнь методом анкетирования, при этом функциональный статус пациентов в обеих группах не отличался. Это позволило провести больным своевременную адъювантную химиотерапию.

Заключение. При несоответствии диаметров панкреатодигистивных компонентов, методом выбора реконструкции пищеварительного тракта после панкреатодуоденальной резекции является панкреатогастроанастомоз, который по своим непосредственным результатам не отличается от инвагинационного панкреатоеюноанастамоза.

Эвисцерация органов малого таза и одномоментная пластика тазовых органов

Аглуллин И.Р., Гатауллин И.Г, Тойчуев З.М., Валиев А.А., Дидакунан Ф.И., Игламов А.К., Сайдалы Ж.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан, Казань

Цель исследования: оценка результатов пластики восстановления непрерывности мочевыводящих путей и кишечника у пациентов с рецидивной опухолью малого таза.

Материалы и методы. На базе ГАУЗ РКОД МЗ РТ с 2010 по 2017 гг. было выполнено 136 эвисцераций органов малого таза (ЭОМТ). В группу исследование включены пациенты с рецидивами опухолей органов малого таза после комбинированных и комплексных методов лечения. Пациенты были распределены по локализациям опухоли следующим образом: колоректальный рак – 44 (32,3%), рак шейки матки – 74 (54,4%), рак мочевого пузыря – 18 (13,2%). По вариантам ЭОМТ была проведена: тотальная эвисцерация – у 69 (50,7%), передняя эвисцерация – 46 (33,8%) и задняя эвисцерация – 21 (15,4%). Для деривации мочи нами были использованы следующие виды неоцистопластики: у 89 (77,3%) пациентов использовался илеоцекальный сегмент и у 26 (22,6%) сегмент подвздошной кишки. Восстановление непрерывности толстой кишки была произведена путем: низведения левой половины ободочной кишки в малый таз у 23 (25,5%) пациентов, 67 (74,4%) были наложены ультранизкие колоректоанастомозы аппаратным способом. Среди 20 (14,7%) осложнений в послеоперационном периоде наблюдалось со стороны илеоцекального сегмента: 2 пациента с несостоятельностью уретеронеоцистоанастомоза, и 4 с восходящим пиелонефритом. а также при неоцистопластики подвздошного сегмента: у 1 пациента за счет ишемии выделенного сегмента кишки, 4 с несостоятельностью уретеронеоцистанастомоза, и 9 с восходящим пиелонефритом. Умерло 4 пациента из 136 прооперированных (летальность составила 2,9%).

Выводы. Выполнение ЭОМТ должны выполнятся в специализированных клиниках с большим опытом, что дает возможность выполнения реконструктивно-пластических вмешательств для восстановления непрерывности кишечного и мочевыводящих путей.

Сравнительная оценка аппаратного и ручного анастомозов при проксимальной резекции желудка

Аглуллин И.Р., Гатауллин И.Г., Тойчуев З.М., Дидакунан Ф.И., Валиев А.А., Кашафутдинов Б.А., Кадыралы А.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан, Казань

Актуальность. Проксимальная резекция желудка является одним из основных методов хирургического лечения при раке кардиального отдела желудка. Наиболее ответственным моментом операции является формирование пищеводно-желудочного анастомоза.

Цель работы. Провести сравнительный анализ результатов проксимальной резекции желудка при аппаратном и ручном методах формирования эзофаго-гастроанастомоза.

Материал и методы. Под нашим наблюдением с 2015 по 2017 гг. а РКОД МЗ РТ находились 40 пациентов с раком кардиального отдела желудка, которым была выполнена проксимальная резекция желудка с лимфодиссекцией D2. В основной группе пациентов (22 человека) эзофаго-гастроанастомоз был наложен аппаратным способом (сшивающий циркулярный аппарат – Medtronic (Covidien), в контрольной группе – 18 человек анастомоз был наложен стандартным ручным способом. В послеоперационном периоде в течении 5–6 суток проводили аспирационное дренирование культи желудка.

Результаты. Продолжительность операции в основной группе составила 120 ± 20 мин. в контрольной группе 180 ± 15 мин; послеоперационный койко-день соответственно 11,1 и 14,7 дня. Общее число осложнений в основной группе больных было у 4,2% больных, в контрольной группе у 12,0%. Несостоятельность эзофагогастроанастомоза в основной группе больных произошла у 1 больного, в контрольной группе у 3 пациентов. Осложнения, приведшие к летальному исходу, в основной группе больных были у 1,2% больных, в контрольной группе у 6,2%. В раннем послеоперационном периоде в контрольной группе больных у 8 пациентов отмечался анастомозит с явлениями стеноза. В основной группе пациентов проявлений анастомозита не было.

Выводы. Аппаратный способ наложение эзофагогастроанастомоза при проксимальной резекции желудка сокращает время операции, обеспечивает герметичность анастомоза, исключает развитие анастомозита с явлениями стеноза, позволяет снизить число послеоперационных осложнений. Аппаратный анастомоз может служить методом выбора при проксимальной резекции желудка.

Комбинированные операции при местнораспространенном раке правой половины ободочной кишки

Аглуллин И.Р., Дидакунан Ф.И., Тойчуев З.М., Валиев А.А., Хазиев А.Д.

Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства Здравоохранения Республики Татарстан, Казань

При поражении злокачественной опухолью правой половины ободочной кишки вовлечение в опухолевый процесс поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки достигает до 12%. При подобном распространении радикальная операция возможна только в том случае, если резекция ободочной кишки выполняется в комбина-

ции с панкреатодуоденальной резекцией. Без операции средняя продолжительность жизни больных составляет в среднем 7–8 мес. До сих пор эта операция остается объектом дискуссии в связи с высокой летальностью в раннем послеоперационном периоде. В последнее время за счет совершенствования хирургической техники и развития реаниматологии летальность после операции Whipple не превышает 3–7%.

В ГАУЗ «РКОД МЗ РТ» за 1995–2016 гг. выполнено 13 подобных вмешательств при местнораспространненом раке ободочной кишки. В 8-и случаях интраоперационно выявлено прорастание опухоли ободочной кишки в стенку двенадцатиперстной кишки, в 5-и случаях в головку поджелудочной железы. Возраст больных 26–67 лет. Трем больным выполнены вмешательства в объеме резекции поперечно-ободочной кишки с ПДР, остальным правосторонняя гемиколэктомия с ПДР. Всем больным выполнялись расширенные лимфаденэктомии. Реконструктивный этап выполнялся с наложением по методике автора последовательного инвагинационного панкреатоеюнального анастомоза «конец в конец», холедохоеюноанастомоза «конец в бок», гастроеюноанастомоза «конец в бок». А непрерывность ободочной кишки восстанавливался наложением межкишечного анастомоза. Дренировался активным 2-хпросветным зондом культя желудка (3–5 дней) и однопросветным холедох (5–7 дней). Послеоперационный период от 13 до 22 дней. Частым послеоперационным осложнением был панкреатит (39%), у 1 больного образовался панкреатический свищ, который закрылся в течении 1 месяца. 1 больной умер от развившейся ТЭЛА, остальные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Комбинированная en bloc операция Whipple с расширенной правосторонней гемиколэктомией при раке толстой кишки, прорастающем в двенадцатиперстную кишку и головку поджелудочной железы, при правильно выбранной тактике оперативного вмешательства и при адекватном послеоперационном ведении сопровождается благоприятным исходом.

Оптимизация методики лекарственной терапии больных гастроинтестинальными стромальными опухолями

Адлейба С.Т., Когония Л.М., Мазурин В.С.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, Москва

Задача исследования. Увеличение эффективности проводимой терапии иматинибом у пациентов с локализованными и генерализованными формами ГИСО путем индивидуализации режима лекарственной терапии с учетом концентрации активных метаболитов иматиниба в плазме крови больных.

Материалы и методы. Терапия иматинибом проводилась пациентам с морфологически верифицированным диагнозом ГИСО в дозе 400 мг в сутки перорально ежедневно. Исследование концентрации активных метаболитов иматиниба в плазме крови больных проводилось методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с детекцией методом тандемной масс-спектрометрии. Пациентам, в крови которых уровень концентрации активных метаболитов был ниже терапевтического, выполнялась эскалация суточной дозы иматиниба до 600 мг или 800 мг с последующей оценкой эффективности оптимизации методики лекарственной терапии.

Результаты. С сентября 2010 г. по май 2016 г. исследование было проведено 71 пациенту. Медиана общей выживаемости у больных с локализованными формами заболевания составила 48 мес., при медиане прослеженности 13,0 мес. В этой группе больных средняя продолжительность жизни составила 19,5 мес. Медиана общей выживаемости у больных с генерализованными формами заболевания составила 83,3 мес., при медиане прослеженности 30,7 мес. В этой группе больных средняя продолжительность жизни составила 43,6 мес. Медиана безрецидивной выживаемости у больных с локализованными формами заболевания составила 42 мес, при медиане прослеженности 13 мес. В этой группе больных средний безрецидивный период 15,4 мес. Медиана безрецидивной выживаемости больных с генерализованными формами заболевания составил 79,9 мес, при медиане прослеженности 24 мес. Такая разница показателей продолжительности жизни в этих группах пациентов может объясняться тем, что время наблюдения за пациентами с генерализованными формами ГИСО составляет 8 лет, а за пациентами с локализованными формами заболевания – 5 лет.

Выводы. Использование метода высокоэффективной жидкостной хроматографии с детекцией метода тандемной масс-спектрометрии для определения концентрации активных метаболитов иматиниба в плазме крови больных с ГИСО позволяет повысить эффективность терапии, тем самым увеличивая продолжительность жизни пациентов.

Роль хирургического метода в лечении мелкоклеточного рака легкого

Аксарин А.А., Тер-Ованесов М.Д., Копейка С.М., Мордовский А.А.

Сургутская окружная клиническая больница, Сургут; Российский университет дружбы народов, Москва

Актуальность. Мелкоклеточный рак легкого (МРЛ) как наиболее агрессивная опухоль заслуживает особого внимания. Применение только консервативного противоопухолевого лечения позволяет достичь малоудовлетворительных показателей пятилетней выживаемости (2,3–5,0%).

Цель. Определить место хирургического лечения больных МРЛ с целью улучшения результатов лечения.

Материалы и методы. Клинический материл составили 46 больных с МРЛ в стадии IA-IIIA, которым было проведено оперативное лечение в онкологических учреждениях Югры с 1999 по 2011 г. Среди пациентов преобладали мужчины 38 (82,6%), чем женщины – 8 (17,4%).

Результаты. Всем пациентам были выполнены радикальные операции (пневмонэктомия, билобэктомия и лобэктомия) R0. Общая пятилетняя выживаемость составила 47,1%. Медиана выживаемости была 58 месяцев. Комбинированное лечение было проведено 32 (69,6%) больным. Только в восьми случаях было проведено адъювантное лучевое лечение. В 14 (30,4%) случаях было выполнено только хирургическое лечение. Очевидно преимущество комплексного метода с использованием адъювантной ПХТ по сравнению с только хирургическим вмешательством. Пятилетняя общая выживаемость при комбинированном лечении составила 52,1%, а при только хирургическом методе лечения – 35,6%.

В I стадию 5-летняя общая выживаемость (ОВ) была 69% ($p < 0,05$). Медиана выживаемости не была достигнута. При II стадии 5-летняя ОВ была 31%. Медиана выживаемости составила 46 месяцев. В III стадию 5-летняя выживаемость была 21%. Медиана выживаемости была только 11 месяцев.

Относительно удовлетворительные показатели выживаемости были получены у пациентов без метастатического поражения лимфоузлов pN0 ($p < 0,025$). 5-летняя ОВ составила 63%. При pN1 более 5 лет прожили 37%. При pN2 5-летняя ОВ составила только 18%.

Выживаемость при МРЛ после выполнения систематической лимфодиссекции (СЛД) была выше, чем при выборочной лимфодиссекции. 5-летняя ОВ при СЛД составила 60%, при выборочной лимфодиссекции – 22,5%, без лимфодиссекции – 12%.

Выводы. МРЛ в I и II стадии является показанием к радикальному лечению, которое обязательно должно включать хирургический метод с СЛД, с обязательным дополнением адъювантной ПХТ и профилактической лучевой терапией на головной мозг. При III стадии МРЛ основной метод лечения химиотерапевтический или химиолучевой.

Интересные факты о заболеваемости злокачественными новообразованиями легких населения крупного промышленного региона – Южного Урала

Аксенова И.А., Доможирова А.С., Новикова Т.С.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Южный Урал является крупным промышленным регионом РФ. Это предопределяет большую проблему для онкологической службы, ввиду наносимого существенного экономического ущерба экономике за счет высокого уровня инвалидизации пациентов и потерей значительного количества жизней ежегодно. На протяжении последнего десятилетия (2006–2015 гг.) в Челябинской области фиксируется более высокий уровень заболеваемости ЗНО легких, чем в среднем в РФ. В РФ имеется стабильная тенденция к снижению уровня заболеваемости. За указанный период кривая заболеваемости ЗНО легких в Челябинской области имеет волнообразный характер со снижением показателя к 2012 году и дальнейшим ростом к 2015 году. Причем уровень заболеваемости ЗНО легких мужского населения в 5–6 раз выше, чем у женщин. В основном диагноз ЗНО легких устанавливается у пациентов в возрасте старше 50 лет. Пик заболеваемости ЗНО легких среди мужчин Челябинской области приходился на возраст 70–79 лет и достиг 570,3 (!) на 100 тыс. населения, а у женщин в двух возрастных группах 70–74 лет и старше 85 лет и был равен 81,8 и 93,8 на 100 тыс. населения соответственно. Также важно отметить, что показатель активного выявления ЗНО легких в Челябинской области нестабилен: в 2007, 2009 гг. он достигал 35%, а к 2015 году снизился до 23,7%, что указывает на неэффективность существующих мероприятий, нацеленных на активное выявление ЗНО легких на Южном Урале. Отметим, что за последнее десятилетие улучшились диагностические способности онкологической службы Челябинской области, что отразилось на показателе морфологического подтверждения опухоли, он увеличился с 55,7% до 68,9%. Но, несмотря на это, доля I–II стадий в структуре заболеваемости ЗНО легких снизилась с 34,3 до 28,4%, а доля IV стадии увеличилась с 31,5 до 41,2%. Это свидетельствует о том, что крупный промышленный регион нуждается в совершенствовании мероприятий по раннему выявлению ЗНО легких и формировании групп риска, подлежащих скрининговому обследованию, чему может служить изучение заболеваемости отдельных возрастных групп.

Эстезионейробластома: клиника, диагностика, лечение

Алиева С.Б., Назаренко А.В., Мудунов А.М., Задеренко И.А., Каледин Р.Р.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Цель: анализ результатов лечения больных эстезионейробластомой с применением комбинированных и комплексных методов лечения.

Материал и методы. С 1968 по 2015 год в нашем центр госпитализировано 56 больных с диагнозом эстезионейробластома. Лучевую терапию в самостоятельном варианте получили 10, химиолучевую терапию – 25, комбинированное лечении с пред- или послеоперационной лучевой терапией или химиолучевой терапией – 21 больных соответственно.

Результаты. Полный клинический эффект в группе консервативного лечения достигнут у 64%, в группе комбинированного лечения – у 100% больных. Локальные рецидивы заболевания выявлены у 14 больных, среди них в группе консервативного лечения у 28%, в группе комбинированного лечения у 33% больных. Отдаленные метастазы обнаружены у 13 больных (23,2%). Показатели 5 и 10-летней выживаемости после комбинированного лечения составили 57,2 и 40,9%, после консервативного лечения – 48,2 и 34,2%. Эти показатели для всей изучаемой

группы больных независимо от метода лечения составили 55,3 и 40,5% соответственно.

Выводы. Худшие результаты лечения получены в группе больных подвергнутых лучевой терапии в самостоятельном варианте 5 и 10 лет при этом прожили 25,1 и 12,6, против 53,7% и 41,9% – в группе больных подвернутых химиолучевой терапии.

Непосредственные результаты и особенности видеоторакоскопических пневмонэктомий при раке легкого

Аллахвердян А.С., Анипченко С.Н., Фролов А.В., Егоров В.В.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, Москва

Актуальность – сравнительный анализ возможностей и целесообразности выполнения пневмонэктомий при раке легкого видеоторакоскопическим доступом.

Материалы и методы. В 01.03.2015–01.03.2017 г. было выполнено 36 пневмонэктомий видеоторакоскопическим доступом при немелкоклеточном раке легкого.

Для создания доступа вводили 3 торакопорта и выполняли минидоступ 5–6 см в 4–5 межреберье по переднеаксиллярной линии.

В 9 случаях была выполнена резекция перикарда, в 1 случае резекция адвентиция аорты, в 1 – резекция верхней полой вены по устью v. azygos. Во всех случаях выполнялась широкая медиастинальная лимфодиссекция – среднее количество исследованных медиастинальных л. узлов составило 31 ± 3.

Мобилизация больных происходила в первые сутки после операции.

Результаты. Послеоперационные осложнения были отмечены всего у трех больных: пневмония единственного легкого, токсический гепатит и нагноение минидоступа.

Средняя продолжительность операции составила 165 ± 4 мин. В 100% случаев экстубация в операционной. Средняя продолжительность нахождения в реанимации составила 17 ч.

Средний послеоперационный койко-день составил 8 сут.

Заключение. Видеоторакоскопический доступ не ограничивает возможности выполнения расширенных и комбинированных пневмонэктомий при раке легкого. Преимущества пневмонэктомии видеоторакоскопическим доступом при раке легкого – четкость визуализации, хороший контроль гемостаза, удобство мобилизации, ранняя активизация больных в послеоперационном периоде, сокращение сроков стационарного лечения.

Непосредственные результаты субтотальных резекций пищевода с эзофагогастропластикой комбинированным лапаро-торакоскопическим доступом при раке

Аллахвердян А.С., Анипченко С.Н., Фролов А.В., Анипченко Н.Н.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, Москва

Актуальность – анализ особенностей и непосредственных результатов субтотальных резекций пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой комбинированным лапаро-торакоскопическим доступом при раке.

Материалы и методы. В 2015–16 г. было выполнено 22 субтотальные резекции пищевода комбинированным лапароскопическим и правосторонним торакоскопическим доступом. В 6 случаях операция выполнялась после предшествовавших абдоминальных вмешательств. Формирование. Во всех случаях торакоскопический этап завершался формированием «ручного» двухрядного пищеводно-желудочного анастомоза по М.И.Давыдову.

Результаты. Резекция R0 была выполнена у 21 больного. При гистологическом исследовании в среднем исследовалось 37 ± 4 лимфоузла. Послеоперационные осложнения отмечены у 3 больных. Локальная несостоятельность пищеводного анастомоза возникла у 2 больных. У 1 больного заживление свища анастомоза было отмечено в течение 4 нед после дренирования. Послеоперационная летальность у одного больного.

Средняя продолжительность операции составила 8 ч 42 мин Средняя продолжительность нахождения в реанимации составила 16 ч. Энтеральное питание после операции начинали на 4–5 сутки. Средний послеоперационный койко-день у больных без несостоятельности шва анасомоза составил 8 суток.

Заключение. Преимущества лапаро-торакоскопических субтотальных резекций пищевода: четкость визуализации, хороший контроль гемостаза, удобство мобилизации желудка и пищевода, ранняя активизация больных в послеоперационном периоде, сокращение сроков стационарного лечения.

Резекция проксимального отдела желудка и грудного отдела пищевода при кардиоэзофагеальном раке комбинированным лапаро-торакоскопическим доступом

Аллахвердян А.С., Овезов А.М., Анипченко Н.Н., Анипченко С.Н., Фролов А.В.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, Москва

Цель – уменьшение травматизма и ранняя реабилитация после хирургического лечения кардиоэзофагеального рака.

Материалы и методы. В хирургическом торакальном отделении МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского в 2015–16 гг. было выполнено 27 резекций проксимального отдела желудка и нижнегрудного отдела пищевода комбинированным лапароскопическим и правосторонним торакоскопическим доступом. Было 6 (22,2%) женщин. Средний возраст – 64,4 года. У 3 (11,1%) больных – I стадия, у 6 (22,2%) – II стадия. У 14 (51,9%) – III стадии. В 4 (14,8%) случаях была IV стадия. Опухоль II типа по J.Siewert – у 16 (59,3%) больных. У 6 (22,2%) – I типа. В 5 (18,5%) случаях – III типа. Лапароскопический этап – мобилизация желудка и кардии, удаление сальников, абдоминальная лимфодиссекция D2, лимфодиссекцию в нижнем средостении, резекция проксимального отдела желудка с формированием желудочного трансплантата. Для удаления основного гистологического препарата пищевод резецировался трансдиафрагмально непосредственно над опухолью. Препараты удаляли через силиконовый рукав. Второй этап операции – видеоторакоскопия справа в положении больного на левом боку. Мобилизация пищевода, как минимум, до уровня дуги непарной вены. Медиастинальная лимфодиссекция, включала группы лимфатических узлов параэзофагеальных, паратрахеальных и бифуркационных групп. Далее – ререзекция пищевода в «радикальных границах» минимум на 6–8 см выше проксимального края опухоли и формирование «ручного» двухрядного пищеводно-желудочного анастомоза. Использовались принципы ранней реабилитации больных («fast track»), которая охватывает все фазы периоперационной терапии.

Результаты. Резекция R0 была выполнена 24 (88,9%) больным, R1 – 3 (11,1%). При гистологическом исследовании в среднем исследовалось 41 ± 3 лимфоузла. Средняя продолжительность операции – 6 ч 21 мин. Мобилизация больного – в первые сутки. Начало энтерального питания – на 4-е сутки. Средний послеоперационный койко-день – 7,3 суток. Заключение. Преимущества радикальных операций при кардиоэзофагеальном раке комбинированным лапаро-торакоскопических доступом: четкость визуализации, хороший контроль гемостаза, удобство мобилизации желудка и пищевода, ранняя активизация больных в послеоперационном периоде, сокращение сроков стационарного лечения.

Especially andadjuvant chemotherapy triple negative breast cancer

Алмурадова Д.М., Атаханова Н.Э., Мирахмедова С.С., Кадирова С.Ф.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Background. This type of BC combines biological aggressiveness and limited number of treatment modalities, and often affects young women. Currently in clinical trials investigated TNBC inhibitors (CDX -011), which gives some hope in the treatment of triple negative cancer.

Material and methods. The study included 102 female patients with newly diagnosed triple negative breast cancer (TNBC) who applied to Tashkent City Oncological Center for the period from 2007 to 2012, between the ages of 24 to 44 year. In which patients with TNBC adjuvant in addition to antratsiklin- and/or taksan scheme TNBC received chemotherapy for a year or limited supervision. The first group (I group) -the women accounted for 22, which as a first-line therapy received treatment program the scheme FAC (fluorouracil, cyclophosphamide, doxorubicin) – 6–8 cycles. The second group (II group) – were 30 patients who received treatment at the program scheme TC (pacletaxel, cisplatin), cycle -6–8. The third group (III group)-who treated 21 patients with monotherapycisplatin – 8–10 cycles. The fourth group (IV group)-who treated were 27 patients of "sealed" (dose-dense) modes with pacletaxelthe reduction of intervals between courses, 8–10 cycles.

The results of the study. Differentiation treatment option for patients with triple negative breast cancer TNBC in accordance with the principle of «greater tumor volume determines the greater volume of therapy» and the use of modern effects atchemotherapy II–IV groups, executed without violating the scope and mode of treatment, can achieve high direct and long-term effect of therapy in all prognostic groups. In the group of patientstriple negative breast cancer (TNBC) with a favorable prognosis combined chemo-radiotherapy has the advantage over radical radiotherapy.

Conclusions. The group of women treated at the program scheme TC (pacletaxel, cisplatin) (64%), as compared with the patients who received chemotherapy according to the scheme "sealed" (dose–dense) modes with pacletaxel the reduction of intervals between courses (37%), but there letting a more pronoun toxic effects on the ovaries in the treatment program TC (pacletaxel, cisplatin). In general, the observed improvement in overall survival and disease-free by using dose-dense mode. However, the chemotherapists emphasized that these data need to be confirmed in prospective studies.

Reproductive function women with hodgkin's lymphoma

Алмурадова Д.М., Газиев Л.Т., Мирахмедова С.С., Данияров Б.Ф

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

The purpose of the study. Assessing the impact of pregnancy and childbirth for a Hodgkin's; lymphoma and assessment of the are productive function women after treatment for the disease research methods.

Material and Methods: The study included 87 female patients with newly diagnosed Hodgkin's; lymphoma who applied to TashCOD for the period from 2005 to 2010, between the ages of 14 to 44 year. The first group (I group) -the first symptoms Hodgkin's; lymphoma who were identified during pregnancy offer months after childbirth, women accounted for 22, which as a first-line therapy received treatment program ABVD -6 cycles. The second group (II group) – the beginning of the disease in which no blood associated with pregnancy, and pregnancy occurred at

different times after treatment of Hodgkin lymphoma, were 20 patients who received treatment at the program CHOP cycle 4-6. The third group (III group)-who had no pregnancy and childbirth, as a few years before diagnostic disease and after treatment of Hodgkin lymphoma mounted to 21 patients who were treated with the program- ABV cycles 5-10. The fourth group (IV group)-healthy women who carried out the study of hormonal status, were 24 patients who underwent treatment program BEACOPP-standard 4 to 8 cycles.

The results of the study. Relapses occur in the same time and with the same frequency as in the group of women without pregnancy, the manifestation of Hodgkin lymphoma during II and, especially, III trimester of pregnancy, and pregnant women in complete remission of the disease are not absolute indication for abortion relative indications for abortion may be a manifestation of Hodgkin's; lymphoma in the I trimester of pregnancy when there is a book mark of the fetus and it is impossible to conduct adequate chemotherapy in case of failure of women a portioning the I trimester modern spectrum chemotherapeutic agents can select the one that not cross the placental barrier or, subject to the tumor volume and condition of the woman, to restrict delaying tactic before the II trimester of pregnancy, when adequate antitumor therapy may provide the best chance for recovery without compromising the health of the child.

Conclusions. In general, the group of women treated for BEACOPP (51%), as compared with the patients who received chemotherapy according to the scheme ABVD (49%), revealed violations of the hormonal status.

Modern therapy of patiens with primary hodgkin's lymphoma

Алмурадова Д.М., Мирахмедова С.С., Данияров Б.Ф.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

The purpose of the study. Optimizing therapy of differentia programs for different prognostic groups of patients with Hodgkin's; lymphoma.

Material and methods. The study included 79 female patients with newly diagnosed Hodgkin's; lymphoma who applied to TashGOD for the period from 2005 to 2010. Clinical features of Hodgkin's; lymphoma is a young age (median 28 years), the primary lymph nodes above the diaphragm – 99% (usually 80% of mediastinal and cervical-supraclavicular – 60%), the trend towards the formation of massive local conglomerates-40% of patients. Metastasis in non-lymphoid organs occurs in untreated patients, usually from nearby lymph collectors (94%), mainly from massive destruction zones. The most common histologic variant of Hodgkin's; lymphoma – nodular sclerosis (49%). For patients with favorable prognostic group is optimal amount of therapy was 4 cycles of chemotherapy I line followed by irradiation zones original lesion. For patients with intermediate prognostic group-6 cycles of chemotherapy and radiation the first line of the original lesion areas. For patients with poor prognostic group were treated by the intensified program – 8 cycles of BEACOPP (III generation) and irradiation initially large residual tumor masses and lymph nodes.

The results of the study. In the group of patients with Hodgkin's; lymphoma with a favorable prognosis combined chemo-radiotherapy has the advantage over radical radiotherapy. In the group of patients with Hodgkin's; lymphoma with an intermediate prognosis combination therapy was significantly more than radical radiotherapy and chemotherapy.

Conclusions: For patients with poor prognostic group proved the validity of the thesis «larger volume of destruction must comply with a larger volume of treatment»; and a statistically significant benefit of intensified programs Generation III (BEACOPP) before programs II generation (Surrey): 3-year survival free from treatment failure76%versus 59%, and3-yearevent-free survival of 73%versus 56%, respectively. Long-term results of treatment in patients with poor prognostic features significantly better in the group receiving combination therapy compared with patients who received combination chemotherapy: 10-year survival free of treatment failure, and 10-year event-free survival rate above 30%.

Результаты эндохирургического лечения детей с нейробластомой забрюшинной локализации

Андреев Е.С., Шаманская Т.В., Грачев Н.С., Талыпов С.Р., Ускова Н.Г., Качанов Д.Ю., Сухов М.Н., Оганесян Р.С., Терещенко Г.В., Варфоломеева С.Р.

Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева Минздрава России, Москва

Одним из перспективных направлений в детской онкологии является малоинвазивная хирургия у детей с нейробластомой забрюшинной локализации.Мы проанализировали результаты лечения пациентов после открытых и лапароскопических оперативных вмешательств.

Материалы и методы: с января 2012 по октябрь 2016 гг. (58 мес) оперированы 224 ребенка с нейробластомой торакоабдоминальной локализации. Лапароскопическая туморэктомия выполнена у 39 (17,4%) детей. Все пациенты наблюдались и получали лечение согласно протоколу NB2004. Показаниями для малоинвазивного хирургического лечения были: размер опухоли не более 7 см в диаметре, отсутствие хирургических рисков по системе IDRF, отсутствие предыдущих открытых оперативных вмешательств. Группу сравнения составили дети, оперированные открытым доступом (31 ребенок) без IDRF-s. Медиана возраста в основной группе – 11 мес (3 – 62), в группе сравнения – 14 мес. (1 – 69; $p = 0,68$).

Результаты: медиана продолжительности оперативного вмешательства не имела выраженной разницы при сравнении у детей после лапароскопии (135 мин; 50 – 300) и лапаротомии (120 мин; 70–200; $p = 0,15$). Медиана кровопотери была меньше в группе пациентов после лапароскопии (0 мл; 0–100), чем в группе детей после лапаротомии (20 мл; 0–200; $p = 0,01$). Медиана сро-

ков дренирования, так же была меньше в основной группе (2 дня; 0–13), чем в группе сравнения (4 дня; 0–8; $p = 0{,}001$). Медиана длительности общего обезболивания, была меньше у пациентов после лапароскопии (2 дня; 1–5), чем у детей после лапаротомии (4 дня; 2–6; $p = 0{,}000002$). Медиана продолжительности антибактериальной терапии была выше в группе сравнения (6 дней; 3–11), чем у больных после лапароскопии (5 дней; 1–10; $p = 0{,}000002$). Медиана энтеральной нагрузки была меньше у детей после лапароскопии (0 дней; 0–10), чем после лапаротомии (2 дня; 1–4; $p = 0{,}000005$). Медиана нормализации функции кишечника была так же меньше у пациентов после эндоскопического лечения (2 дня; 1–5) чем у больных после лапаротомии (3 дня; 1–6; $p = 0{,}001$). Медиана наблюдения 36 мес. Выраженной разницы в радикальности, в интра и послеоперационных осложнениях, в развитии локальных рецидивов и прогрессии, в бессобытийной и общей выживаемости получено не было.

Выводы: малоинвазивное хирургическое лечение детей с нейробластомой забрюшинной локализации является высокоэффектовной методикой, позволяющей выполнить оперативное вмешательство радикально и без ухудшения онкологического прогноза.

Компьютерная диагностика метастазов в легкие у больных раком молочной железы – особенности тактики наблюдения

Андреяшкина И.И., Плохов В.Н., Вертянкин С.В., Конопацкова О.М., Тимофеев Р.А.

Областной онкологический диспансер №2, Саратов

Материал и методы. Проведена сравнительная оценка чувствительности, специфичности и точности компьютерной томографии, выполняемой с помощью компьютерного томографа Somaton CR фирмы Siemens. Выполнялась компьютерная диагностика метастазов в легкие у больных раком молочной железы, находившихся на лечении ГУЗ «ООД №2», за период с 2013 по 2016 гг.

Результаты. При метастазировании рака молочной железы в легкие, определяющим моментом компьютерной диагностики является выявление метастазов в легкие на более ранних этапах развития. Ранние метастазы в легкие отмечались в 58,4% наблюдениях, поздние метастазы в 41,6% наблюдениях. Было выявлено, что наиболее часто при ранней диссеминации в легкие метастазы носят множественный характер (78,3%), при поздних метастазах множественное поражение встречается меньше (38,6%). Благоприятный прогноз имеет ограниченный характер поражения в легкие, солитарные метастазы в поздние сроки метастазирования отмечаются наиболее часто в 40,6% наблюдениях, в ранние сроки встречаются в 15% случаев ($p < 0{,}05$). Чувствительность, специфичность и точность компьютерной томографии при оценке метастатического поражения в легкие при раке молочной железы составили соответственно 88,2, 95,1, 87,6%.

Компьютерная томография является методом выбора при установлении поражения внутригрудных лимфатических узлов, так как на сегодняшний день рентгенологическое исследование в оценки состояния лимфатического аппарата практически не используется. Чувствительность, специфичность и точность компьютерной томографии при оценке состояния бронхопульмональных лимфатических узлов довольно низкие – соответственно 58,8 и 63,1%.

Таким образом, при диагностике метастаза рака молочной железы в легкие необходимо комплексно применять все методы лучевой диагностики. Только на основании результатов комплексного обследования можно предположить локализацию, размеры и количество метастазов, а также определится с планом лечения. Так как, не один из методов лучевой диагностики не обладает абсолютной чувствительностью, специфичностью, точностью, а являются взаимодополняющими. Длительное наблюдение за больными с периодическим выполнением компьютерной томографии по нескольку раз в год (через каждые 2–3 мес) позволило нам проследить возникновение, развитие и течение указанных форм метастазов.

Диагностика и лечение малых новообразований легкого с использованием видеоторакоскопии (ВТС)

Анистратов П.А., Пыльцин С.П., Лазутин Ю.Н., Айрапетова Т.Г., Чубарян А.В., Лейман И.А., Шогенов А.С., Афаунов М.Х.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии Ростовского онкологического института за 2 года выполнено 266 ВТС вмешательств: по поводу периферических новообразований и диссеминированных заболеваний паренхимы легких – 85 (32%), новообразований средостения – 151 (56,7%), опухолей грудной стенки – 25 (9,4%), для остановки внутриплеврального кровотечения – 5 (1,9%).

Результаты. Нам представилось интересным оценить эффективность ВТС в клинике торакальной онкологии для диагностики периферических образований легких. Операции рационально разделить на ВТС при солитарных и единичных периферических новообразованиях – 64 (24,1%), и ВТС при диссеминированном поражении паренхимы легких – 21 (7,9%). Возраст больных колебался от 7 до 76 лет, средний составил 49 лет. Нозологические формы, диагностированные в результате выполнения ВТС: при солитарных и единичных периферических новообразованиях: гамартохондрома – 27 (42,2%), туберкулома – 11 (17,3%), Саркоидоз Бека 2 (3,1%), рак легкого 8 (12,5%), метастазы в легкие – 9 (14%), киста легкого 3 (4.7%), воспалительная псевдоопухоль 2 (3,1%), фиброзная мезотелиома 2 (3,1%); при диссеминированном поражении паренхимы легких: саркоидоз Бека – 8 (38,1%),

метастазы в легкие 4 (19%), фиброзирующий альвеолит – 2 (9,5%), склерозирующая гемангиома – 4 (19%), лимфома Ходжкина – 1 (4,9%), диссеминированный туберкулез – 2 (9,5%). Солитарные и единичные фокусы имели размеры: до 5 мм –9 (14%), 5–15 мм –35 (54,7%), более 1,5 см – 20 (31,3%), при диссеминированном поражении отмечались очаги преимущественно до 10 мм. Экстренная конверсия в торакотомию произведена в 4 (6,2%) случаях, плановая для выполнения анатомических резекций при верифицированном РЛ в 8 (12,5%) наблюдениях. Из послеоперационных осложнений у 3 (4,7%) больных отмечалась несостоятельность пневмостаза продолжительностью до 6 суток. Средний койко-день после ВТС равнялся 5. Летальных исходов не было.

Заключение. Представленные результаты вполне свидетельствуют о том, что в настоящее время ВТС при периферических новообразованиях и диссеминированном поражении паренхимы легких является единственным относительно малоинвазивным методом, позволяющим снизить затраты на раннюю верификацию диагноза.

Провоспалительные цитокины сыворотки крови больных раком яичников с различным ответом опухоли на неоадьювантную химиотерапию

Антонеева И.И., Абакумова Т.В., Долгова Д.Р., Генинг Т.П., Пирмамедова С.С., Генинг С.О.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск

Показано, что неоплазма отвечает на все регуляторные сигналы цитокинов. Цель исследования – оценить уровень провоспалительных цитокинов сыворотки крови больных раком яичников (РЯ) с различным ответом опухоли на неоадьювантную химиотерапию (НАХТ).

В сыворотке 97 первичных больных РЯ III–IV стадии по FIGO и 64 здоровых женщин определяли уровни IL-1β, IL-1Ra, TNF-α (ЗАО «Вектор-Бест-Волга»). Пациентки получали 2 курса НАХТ по схеме АР (цисплатин 75 мг/м^2, доксорубицин 50 мг/м^2 внутривенно капельно). Эффективность НАХТ оценивалась по системе “RECIST 1.1.”, CRS`. Выделяли геномную ДНК из крови набором «ДНК-экспресс-кровь» (Литех, Москва). Были выбраны полиморфные варианты в промоторе гена IL-1β T-31C (rs 1143627), TNF-α G-308A (rs 1800629) (базы данных dbS`NP NCBI и SNP500 Cancer database). Связь продукции цитокинов с эффективностью НАХТ оценивали по критерию Манна-Уитни ($p \le 0,05$).

Установлено значимое снижение уровней IL-1β и TNF-α по сравнению с контролем в сыворотке больных РЯ до начала лечения. Наиболее высокий уровень IL-1β был в группе с частичным ответом опухоли (4,63 ± 0,56 пг/мл против 2,56 ± 0,23 пг/мл в группе с полным ответом, 2,53 ± 0,12 пг/мл и 2,27 ± 0,22 в группах со стабилизацией и прогрессированием соответственно). Уровень TNF-α был значимо снижен у больных РЯ по сравнению с контролем. Наиболее выраженное снижение – в группе с частичным ответом опухоли (1,68 ± 0,11 пг/мл против 2,53 ± 0,19 и 2,30 ± 0,17 пг/мл в группах со стабилизацией и прогрессированием опухоли). Уровень IL-1Ra существенно и значимо повышен у больных РЯ по сравнению с контролем. Наименее выраженное повышение – в группе со стабилизацией (805,25 ± 8,26 пг/мл против 1129,78 ± 11,23 пг/мл в группе с полным ответом и 980,60 ± 10,03 пг/мл и 1192,80 ± 12,37 пг/мл в группах с частичным ответом и прогрессированием соответственно).

Ответ на НАХТ зависел от генотипа больных РЯ. У пациенток с генотипом TT (31T/C IL1β) были возможны все варианты ответа, генотип CT – ассоциирован с прогрессированием опухоли. Частоты генотипов GA и AA полиморфного локуса – 308G/A TNFα у больных РЯ значимо отличаются от контроля, при этом в группе со стабилизацией процесса имеется высокая ассоциация генотипа GA (OR (95% CI) = 13,88 (1,27–151,24) по сравнению с другими группами ответа на НАХТ.

Таким образом, исследуемые полиморфизмы генов IL-1β и TNF-α у больных РЯ ассоциированы с уровнем этих цитокинов и с ответом опухоли на НАХТ.

Предварительные результаты скрининга рака предстательной железы в Новохоперском районе Воронежской области

Аполихин О.И.[1], Алексеев Б.Я.[1], Сивков А.В.[1], Катибов М.И.[1], Золотухин О.В.[2], Шадеркин И.А.[1], Рощин Д.А.[1], Корякин А.В.[1], Войтко Д.А.[1], Просянников М.Ю.[1], Полуказакова Н.В.[2], Спесивцев В.Н.[3], Кудахтин В.В.[3]

[1]НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, Москва;
[2]Воронежская областная клиническая больница №1, Воронеж;
[3]Новохоперская районная больница, Новохоперск Воронежской области

Введение. В настоящее время вопрос проведения скрининга рака предстательной железы (РПЖ) остается дискутабельным, что связано с сопутствующими скринингу такими негативными факторами, как гипердиагностика и гиперлечение заболевания и высокие финансовые затраты. В связи с чем было проведено собственное исследование.

Материалы и методы. В исследование включено 3105 мужчин 45–65 лет, проживающих на территории Новохоперского района Воронежской области. У всех мужчин проводили анкетирование на предмет выявления семейного анамнеза по РПЖ и выполняли исследование крови на простатический специфический антиген (ПСА). Показаниями для трансректальной биопсии предстательной железы служило повышение уровня ПСА более 4 нг/мл. Биопсию предстательной железы выполняли по стандартной 12-точечной методике.

Результаты исследования. Семейный анамнез по РПЖ подтвердили только 9 (0,3%) человек. У 168 (5,3%)

мужчин уровень ПСА превышал 4 нг/мл. При этом в 125 (74,4%) случаях уровень ПСА находился в «серой зоне» (4–10 нг/мл), в 18 (10,7%) – 10–15 нг/мл, в 5 (3,0%) – 15–20 нг/мл, в 20 (11,9%) – более 20 нг/мл. Из числа лиц с повышенным уровнем ПСА согласие на выполнение биопсии предстательной железы дали 80 человек. В результате проведенных 80 биопсий в 45 (56,3%) случаях обнаружен РПЖ. Следовательно, частота выявления РПЖ в исследуемой популяции мужчин составила 1,5%. Процент выявления РПЖ при биопсии предстательной железы и общий показатель диагностирования РПЖ в популяции являются достаточно высокими относительно литературных данных.

Заключение. Остается низкой информированность и заинтересованность населения в вопросах ранней диагностики онкологических заболеваний, что подтвердил невысокий процент согласившихся на выполнение биопсии предстательной железы. В связи с этим дополнительную актуальность приобретает организация медицинской помощи по принципу активного выявления заболевания, показавшая возможность существенного увеличения диагностирования РПЖ на ранней стадии. Окончательные выводы по исследованию будут подведены после получения данных об общей и раковоспецифической выживаемости указанной категории населения.

Эпидемиология онкогематологических заболеваний у детей Краснодарского края

Асекретова Т.В., Лебедев В.В., Клещенко Е.И., Брисин Ю.В., Войлова А.А., Добровольская Е.Д., Слабогузова Е.Н., Супрун Р.Н., Фурсенко А.С., Цыцылина К.А., Чегодаева Е.Н., Шкрябунова В.В.

Детская краевая клиническая больница Минздрава Краснодарского края, Краснодар

Актуальность: встречаемость онкогематологических заболеваний среди детского населения Краснодарского края по данным детского регистра рака практически не отличается от заболеваемости детей в Северной Америке и стран Западной Европы. К гемобластозам можно отнести почти половину случаев детского рака в Краснодарском крае. К гемобластозам относиться гетерогенная группа злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей. Острые и хронические лейкозы, неходжкинские лимфомы (лимфосаркомы), ходжкинские лимфомы (лимфогранулематозы) и опухоли гистиоцитарно-макрофагальной системы (гистиоцитозы)

Цель: провести оценку статистических данных детского ракового регистра Краснодарского края. Для оценки и подсчетом результатов взять период 2013–2016 гг.

Материалы и методы исследования: в данном регистре зарегистрированы все первично выявленные заболевшие гемобластозами за данный период. При обработки данных учитывать процент заболеваемости каждой нозологии, выявить соотношение заболеваемости между мальчиками и девочками, выявить соотношение заболеваемости в 3 возрастных группах – от 0 –6 лет, от 7–12 лет и в группе детей старше 12 лет.

Результаты и их обсуждения: за 4 летний период в Краснодарском крае было зарегистрировано 284 заболевших гемобластозами.

По годам это составило: 2013г. 64 больных, 2014 г. – 72 больных, 2015 г. 86 больных, 2016 г. – 62 больных. По нозологиям данные следующие: 2013 г.: острый лимфобластный лейкоз 48,4% от общего числа заболевших, лимфома Ходжкина – 18,7%, неходжкинские лимфомы – 12,5%, острый миелобластный лейкоз – 9,3%, гистиоцитозы – 9,3%. Заболеваемость за 2014 г. распределилась следующим образом: острый лимфобластный лейкоз 44,4% от общего числа заболевших, лимфома Ходжкина – 12,5%, неходжкинские лимфомы – 16,6%, острый миелобластный лейкоз – 11,1%, гистиоцитозы – 15,2%. Заболеваемость за 2015 г. распределилась следующим образом: острый лимфобластный лейкоз 65,1% от общего числа заболевших, лимфома Ходжкина – 9,3%, неходжкинские лимфомы – 5,81%, острый миелобластный лейкоз – 16,2%, гистиоцитозы – 3,48%. Заболеваемость за 2016 г. распределилась следующим образом: острый лимфобластный лейкоз 58,0% от общего числа заболевших, Ходжкина – 9,67%, неходжкинские лимфомы – 19,3%, острый миелобластный лейкоз – 11,2%, гистиоцитозы – 1,61%.

Прогностические факторы пятилетней выживаемости при раке молочной железы у женщин в период менопаузы

Асфандиярова Н.С., Скопин А.С., Никифоров А.А., Демко А.Н.

Рязанский областной клинический онкологический диспансер, Рязань;
Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Рязань

Для индивидуализации программ лечения рака молочной железы (РМЖ), необходима информация о критериях прогноза заболевания. Наиболее широко используемые факторы прогноза риска смерти при РМЖ: стадия заболевания, размер опухоли, степень злокачественности, метастазирование, рецепторный статус и пр. Вместе с тем, учитывая роль метаболического синдрома в канцерогенезе данного заболевания, интерес представляет изучение влияния его факторов на прогноз.

Цель исследования: изучить влияние различных показателей метаболического синдрома на пятилетнюю выживаемость при раке молочной железы у женщин в период менопаузы.

Материал и методы. В проспективное когортное исследование включено 98 больных РМЖ. Для установления прогностических факторов 5-летней выживаемости проводился сравнительный анализ изучаемых критериев в зависимости от исхода заболевания: смерть пациентки, метастазирование (неблагоприятный прогноз), отсутствие признаков рецидива заболевания (благоприятный

прогноз). Изучаемые критерии включали: стадию заболевания, размер опухоли и метастазирование (TNM), антропометрические данные (окружность талии, отношение ОТ/рост, индекс массы тела, индекс ABSI), возраст, наличие сахарного диабета, артериальной гипертензии, уровень глюкозы, общего холестерина (ОХ), липопротеинов низкой (ЛПНП) и высокой плотности, триглицеридов, показателей системы иммунитета.

Результаты. За указанный период 15 больных РМЖ скончались (2 из них от причин, не связанных с основным заболеванием), у 7 выявлено метастазирование, у 76 пациенток – благоприятный прогноз. Сравнительный анализ показал, что, наряду с классическими критериями прогноза, к неблагоприятным факторам можно отнести гиперхолестеринемию (6,02 ± 1,14 ммоль/л vs. 5,38 ± 1,06 ммоль/л, $p < 0,05$), уровень ЛПНП (3,32 ± 1,00 ммоль/л vs. 2,85 ± 0,83 ммоль/л, $p < 0,05$), повышения активности супрессорных клеток. Различий по возрасту, частоте выявления артериальной гипертонии, антропометрическим показателям, пролиферативной активности лимфоцитов в ответ на ФГА между пациентками с различным прогнозом, не выявлено, что может свидетельствовать о малой информативности этих показателей для определения прогноза 5-летней выживаемости при РМЖ у женщин в период менопаузы.

Заключение. Прогностически неблагоприятными факторами пятилетней выживаемости при РМЖ у женщин в период менопаузы могут быть дислипидемия и высокая активность супрессорных клеток.

Результаты хирургического этапа комбинированного лечения больных раком прямой кишки

Афанасьев С.Г., Старцева Ж.А., Тарасова А.С., Сорокин Д.А., Черемисина О.В.

Томский НИИ онкологии, Томск;
Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск

Проведена оценка непосредственной эффективности хирургического этапа комбинированного лечения больных раком прямой кишки (РПК), получавших пролонгированный курс предоперационной лучевой терапии с радиосенсибилизацией капецитабином и локальной гипертермией. На первом этапе комбинированного лечения 25 больным местнораспространенным РПК (стадия Т3–4) с поражением нижне-ампулярного отдела проводилась дистанционная гамма-терапия на аппарате Theratron Equinox 1,25 МэВ в режиме мультифракционирования дозы по 1,3 Гр × 2 раза в день, 5 дней в неделю в течение 4 нед до суммарной дозы 54 Гр. Одновременно с началом лучевой терапии проводили химиотерапию капецитабином в разовой дозе 825 мг/м^2 *per os* × 2 раза в сутки с интервалом 12 ч в дни проведения лучевой терапии. Химиолучевое лечение (ХЛТ) проходит на фоне локальной гипертермии, которую проводили на аппарате Celsius TCS по схеме: 3 раза в неделю за 3 часа до сеанса облучения при температуре 42–44°С в течение 45–60 мин, всего 10 сеансов. Все пациенты удовлетворительно переносили предоперационную ХЛТ, она завершена в запланированном объеме. Общая частота лучевых реакций составила 12,0% (I–II степени по шкале RTOG/EORTC). После завершения неоадъювантного химиолучевого лечения, зарегистрировано 3 (12,0%) случая полной, морфологически подтвержденной регрессии первичной опухоли, соответственно этим пациентам хирургический этап лечения не потребовался. Признаки распространения опухоли на анальный сфинктер сохранялись только у 1 (4,0%) больного. Доля сфинктерсохраняющих операций составила 84%. У всех прооперированных больных течение послеоперационного периода было благоприятным, значимых послеоперационных осложнений и летальных исходов не наблюдалось. Результаты лечения местнораспространенного рака прямой кишки с использованием пролонгированного курса предоперационной лучевой терапии с радиосенсибилизацией капецитабином и локальной гипертермией позволяют оценивать разработанную программу как эффективный и безопасный метод. Предоперационная химиолучевая терапия приводит к значительной регрессии опухоли, что расширяет показания для сфинктерсохраняющих операций.

Редкий случай метастазирования рака молочной железы по путям Герота

Афанасьева Е.А.

Городской клинический онкологической диспансер, Санкт-Петербург

Лимфатическое метастазирование при раке молочной железы (МЖ) может идти в 7 направлениях, одним из наиболее редких является по лимфатическим путям Герота – через лимфатическую сеть подложечной области в брюшную полость, яичники и по лимфатическим сосудам брюшной стенки к паховым и забрюшинным лимфатическим узлам (ЛУ).

Цель. Показать редкий случай наблюдения и лечения больной при раке МЖ с метастазированием по лимфатическим путям Герота.

Больная Г., 76 лет, наблюдается в ГКОД с 2015 года. В 74 года диагностирован рак правой МЖ. В 11.2015 выполнена простая мастэктомия, биопсия сигнального ЛУ в правой аксиллярной области. Г.И.: инвазивный рак (20 × 15 мм) молочной железы, grade II (Elston & Ellis 6 баллов 3 + 2 + 1) на фоне фиброаденоматоза. В 1-ом сигнальном ЛУ метастаза (мтс) рака нет. ИГХ: ER 270 (100%), PR 25 (20%), HER2-neu 1+(рак правой МЖ pT1N0M0- Ist. в/нар.кв.). Рекомендовано: наблюдение, учитывая стадию и сопутствующую патологию.

С 03.2016 отметила болезненное образование в правой паховой области. УЗИ МЖ, периферических ЛУ – в левой МЖ без узловых образований, умеренный диффузный ФАМ. В области послеоперационного рубца без отека, без рецидива, мтс, лимфокист. Специфические ЛУ в аксиллярных, шейно-надключичных областях не выявлены. В правой паховой области 1 специфический ЛУ

9 × 7 мм. Другие ЛУ в паховых областях не изменены. Проведена ПТАБ. Цитологическое исследование – белковый детрит, клетки плоского эпителия. При контрольных ФЛГ, УЗИ живота без вторичных изменений. В паху справа 1 из ЛУ-гипоэхогенное образование 1.0 × 0.6 см – специфическое(?). В 07.2016 г. выполнена эксцизионная биопсия пахового ЛУ справа. Г.И.: в 5 фрагментах ЛУ мтс рака железисто-солидного строения. С учетом анамнеза – вероятнее всего мтс рака МЖ. ИГХ: иммунофенотип и гистоструктура соответствует мтс NST МЖ (grII) в ткань ЛУ, Ki67-5%. Комиссией рекомендован прием Анастрозола до прогрессирования. В настоящий момент без прогрессирования.

Заключение. В представленном наблюдении показан редкий случай лимфатического метастазирования, несмотря на первую стадию заболевания.

Таким образом, для исключения диагностических ошибок и своевременной коррекции выбранной тактики лечения необходимо полноценное комплексное обследование пациентов с раком МЖ любой стадии.

Опыт применения Сорафениба у больных дифференцированным раком щитовидной железы

Афанасьева З.А., Гарипов К.А., Карпенко Л.Г., Хасанова А.И., Сафарова А.Р.

Казанская государственная медицинская академия – филиал РМАНПО Минздрава России, Казань

Актуальность. По литературным данным, у 25–66% больных дифференцированным раком щитовидной железы (РЩЖ) с отдаленными метастазами развивается частичная или полная резистентность к терапии 131I, преодоление которой на сегодня – неразрешенная проблема, поэтому данная категория больных нуждается в новых лечебных опциях.

Цель – оценить опыт применения таргетного препарата Сорафениба, зарегистрированного в России в марте 2014 года для лечения больных радиойод-резистентным РЩЖ.

Материалы и методы. Ретроспективно и проспективно изучены истории болезни и амбулаторные карты 3 пациентов с йодрезистентным дифференцированным РЩЖ, получавших лечение Сорафенибом. Йодрезистентность у пациентов развилась после получения суммарной дозы от 8 до 12,7 ГБк. Всем проводилась супрессивная терапия левотироксином до ТТГ < 0,1 ммоль/л. Пациент З., мужчина69 лет, получал Сорафениб 2 недели в дозе 800 мг, далее препарат отменен из-за острого нарушения мозгового кровообращения. Пациентка С., женщина 67 лет, получала Сорафенибс самостоятельной редукцией дозы из-за высокого артериального давления 10 недель: 3 – по 800 мг, 3 – по 600 мг, 4 недели – по 400 мг. Из-за отсутствия эффекта решено вернуться к суточной дозе 800 мг. Пациентка И., женщина, 58 лет, получает Сорафениб 13 месяцев. Зарегистрирована положительная динамика метастазов в легких.

Вывод. Таким образом, применение Сорафениба в рекомендуемой дозе 800 мг позволило получить положительный эффект в виде уменьшения метастатических очагов в легких у 1 из 2 пациенток с йодрезистентным РЩЖ.

Клиническое наблюдение состояния здоровья ребенка, рожденного от матери, страдающей раком щитовидной железы и получающей терапию левотироксином с детства

Афанасьева З.А., Султанова А.С.

Казанская государственная медицинская академия – филиал РМАНПО Минздрава России, Казань; Казанский государственный медицинский университет, Казань

Актуальность. Недостаточно изученной остается проблема состояния здоровья и когнитивных функций детей, рожденных женщинами, страдающими раком щитовидной железы (РЩЖ).

Цель. Оценить здоровье и психомоторное развитие ребенка, рожденного от матери, больной РЩЖ и получающей левотироксин с детства в супрессивной дозе.

Материалы и методы. Проанализированы амбулаторные карты и проведено клиническое и инструментальное обследование матери и ребенка. Психомоторное развитие последнего оценивалось «Денверским скрининговым тестом оценки развития ребенка».

Результаты. В 1996 году пациентка Ш., 6 лет, оперирована в объеме гемитиреоидэктомии с шейной лимфаденэктомией справа по поводу папиллярного РЩЖ 1-й стадии. В 1996 году реоперация – иссечение лимфоузлов шеи с резекцией внутренней яремной вены справа. В 2003 году реоперация – экстирпация левой доли по поводу метастазов в легких для проведения радиойодтерапии. С 2003 по 2012 год получала радиойодтерапию, суммарная доза 1110 мКи. В связи с беременностью и родами в 2013 году радиойодтерапию не получила. В 2014 году проведен очередной курс лечения I–131 в дозе 70 мКи. С 1996 года получает терапию левотироксином в дозе 150–175 мкг с уровнем ТТГ < 0,1 мкМЕ/мл. Гипопаратиреоз субкомпенсирован 1,25 мкг альфакальцидола и 30 каплями вигантола. Беременность наступила через 6 месяцев после очередного курса I-131. Во время беременности получала 150 мкг левотироксина в сутки. Ребенок от первой беременности, первых преждевременных оперативных родов на сроке 36 недель. Мальчик, вес 2040 г и Апгар 6–7. После родов лечился в отделении реанимации новорожденных с диагнозом: церебральная ишемия I–II степени, синдром мышечной гипотонии, ишемия миокарда и почек, неонатальная желтуха, ЗВУР по гипотрофическому типу II степени. В настоящее время ребенку 3 года и 6 месяцев. Здоров. По результатам скринингового теста психомоторное развитие нормальное, соответствует возрасту.

Вывод. Таким образом, дети, рожденные от матерей, больных РЩЖ, получающих левотироксин в супрессив-

ном режиме, могут иметь патологию развития в перинатальном и неонатальном периоде. Данная проблема требует дальнейшего изучения.

Особенности течения адренокортикального рака: клиническое наблюдение

Афанасьева З.А., Чернеева В.С.

Казанская государственная медицинская академия – филиал РМАНПО Минздрава России, Казань; Казанский государственный медицинский университет, Казань

Актуальность. Адренокортикальный рак (АКР) – злокачественная опухоль из коркового слоя надпочечников, крайне редкое, малоизученное и агрессивно протекающее заболевание.

Цель – изучить особенности течения АКР на примере пациента А., 52 лет.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный и проспективный анализ амбулаторной карты и истории болезни.

Результаты. Пациент, А., муж. 52 лет, наблюдается в РКОД МЗ РТ с 15.12.2015 г. по настоящее время. Самостоятельно прошел УЗИ органов брюшной полости по поводу мучающей изжоги, при котором случайно найдено образование размером 141 х 107 х 131 мм в области правого надпочечника. При комплексном обследовании в РКОД МЗ РТ – УЗИ, РКТ органов брюшной полости, определение АКТГ, кортизола крови, метанефринов мочи – установлен диагноз гормонально-неактивной опухоли правого надпочечника. Была выполнена адреналэктомия. Гистологическое заключение: АКР правого надпочечника. Через 8 мес после операции развился тромбоз нижней полой вены, по поводу которого была проведена операция – тромбэктомия из нижней полой вены. Через 2 мес после операции повторный тромбоз этой вены. Назначена медикаментозная терапия ривароксабаном и детралексом. Через 14 мес после адреналэктомии прогрессирование АКР в виде метастазов в легкие, по брюшине, в забрюшинную клетчатку, диагностированных при ПЭТ/КТ, без гормональной активности (АКТГ 58,48 пг/мл, 5,03 пг/мл; кортизол – 11,1 мкг/л, 14,9 мкг/л).

По рекомендации РОНЦ им. Н.Н.Блохина проводится ПХТ доксорубицином, этопозидом, цисплатиной и митотаном на фоне заместительной терапии кортэфом и антикоагулянтной терапии.

Вывод. Таким образом, у пациента имела место случайная, при УЗИ, поздняя диагностика АКР с метастазированием через 14 месяцев после хирургического лечения, что говорит о плохом прогнозе заболевания. Своевременная диагностика и лечение тромботических осложнений позволили предотвратить острую смерть от ТЭЛА.

Сравнительный анализ непосредственных результатов, открытых и лапароскопических резекций прямой кишки

Аюпов Р.Т., Акмалов Ю.М., Феоктистов Д.В., Тарасов Н.А., Сулейманов Н.М., Гарипов М.Р., Аглиуллин Р.Р., Зайнуллин Ф.Ш., Чебаева Л.П.

Республиканский онкологический клинический диспансер, Уфа

Цель: сравнение непосредственных результатов лечения больных колоректальным раком при выполнении передней резекции традиционным открытым и лапароскопическим способами.

Метод. Анализ непосредственных результатов лечения 955 пациентов, перенесших переднюю резекцию прямой кишки в Республиканском клиническом онкологическом диспансере с 2011 по 2016 год открытым традиционным способом и лапароскопическим доступом.

Результаты. Выполнено 791 открытая операция, из них у 319 пациентов (40,3%) наложены превентивные коло/илеостомы. 164 лапароскопические резекции прямой кишки, из них в 64 случаях (39%) операции закончились выведением превентивной коло/илеостомы. При выполнении открытых резекций из 791 операции осложнения возникли в 95 случаях (12%). Частота осложнений при открытых операциях с наложением превентивной коло/илеостомы составила 12,2% (39), 3 пациента погибли, летальность составила 0,94% (от числа больных с наложением превентивной стомы). При открытых операциях без наложения превентивной коло/илеостомы осложнения наблюдались у 56 пациентов (11,8%), зафиксирован 1 (0,2%) случай летального исхода. Среди осложнений наиболее часто встречались – несостоятельность кишечного анастомоза – 95 (62,9% в структуре осложнений), послеоперационный парез и спаечная непроходимость – 18 (11,9%,), послеоперационное кровотечение – 13 (8,6%).

У 64 пациентов, перенесших лапароскопические резекции прямой кишки, завершившиеся превентивным стомированием, осложнение отмечено в 2 случаях (3,1%). В группе пациентов (100), перенесших малоинвазивные вмешательства без наложения коло/илеостомы, осложнения наблюдались у 10 больных (10%). Среди осложнений наиболее частым была несостоятельность анастомоза – 9 (75% в структуре осложнений), в одном случае развился послеоперационный панкреатит, который был купирован консервативными мероприятиями.

Выводы. Таким образом, в структуре послеоперационных осложнений в обеих группах несостоятельность анастомоза занимает первое место. Наложение превентивной коло/илеостомы снижает частоту несостоятельности анастомоза при выполнении лапароскопических операций и не влияет на развитие несостоятельности при традиционных открытых операциях.

Опыт лапароскопического хирургического лечения колоректального рака у лиц пожилого и старческого возраста

Аюпов Р.Т., Феоктистов Д.В., Сулейманов Н.М., Аглиуллин Р.Р., Тарасов Н.А., Гарипов М.Р.

Республиканский клинический онкологический диспансер, Уфа

Актуальность. В настоящее время большинство авторов отмечают неуклонную тенденцию роста заболеваемости колоректальным раком во всем мире. На фоне увеличения средней продолжительности жизни населения, рак толстой кишки занимает первое место в структуре злокачественных заболеваний среди людей старческого возраста.

Цель исследования: провести сравнительный анализ лапароскопического хирургического лечения колоректального рака у больных пожилого и старческого возраста.

Методы исследования: изучены 561 историй болезней пациентов, оперированных лапароскопически по поводу колоректального рака в период с 2010 по 2016 год.

Результаты: из 561 пациента 134 или 23,8% были старше 70 лет и выделены в основную группу. В группу сравнения отнесены 427 пациентов младше 70 лет. В основной группе средний возраст составил 75 лет (самому пожилому больному было 93 года). Гендерное различие – 80 мужчины (60%), 54 женщины (40%). Средний индекс массы: основная группа 24 (17,4–35,6,) контрольная – 25 (16,6–42,6). Длительность операций в основной группе составила 200,7 мин, в контрольной группе 200,3 мин. Кровопотеря в основной группе составила 105,5 мл, а в контрольной 78 мл. Общее время пребывания–основная группа 10,15 дней и 11,3 – контрольная.

Стадирование больных основной группы: I стадия – 4 больных (3%), II стадия – 80 (60%), III и IV стадия – 45 и 5 больных соответственно (34 и 3%). В контрольной группе больные с I стадией составили 13 больных (3%), со II стадией – 303 (71%), с III и IV стадией – 85 и 26 больных соответственно (20 и 6%).

Виды оперативных вмешательств, выполненных в основной группе, показывают возможность выполнения всех видов лапароскопических операций у этой категории пациентов. Так, передняя резекция прямой кишки выполнена 43 больным (32%), экстирпация прямой кишки-19 (14%), левосторонняя гемиколонэктомия 12 (9%), правосторонняя гемиколонэктомия 32 (24%), резекция сигмовидной кишки 20 (15%), операция Гартмана 8 (6%). Летальных исходов не было ни в одной из групп, а частота послеоперационных осложнений не превышала 3%.

Выводы. Таким образом, лапароскопические технологии у больных колоректальным раком старших возрастных групп позволяют выполнять плановые радикальные вмешательства с хорошими результатами, сравнимыми с аналогичными вмешательствами у больных более молодой возрастной группы.

30-летний опыт лечения рака пищевода внутригрудной локализации

Бадыков Р.Р., Чижиков В.Ф., Лобода В.В., Сафиуллин Р.В., Абдуллин З.С.

Республиканский клинический онкологический диспансер, Уфа

Анализированы результаты лечения 744 больных раком пищевода внутригрудной локализации, которым проводились хирургическое (635 больных) и комбинированное (104 больных) лечение, а также проведен анализ 5-летней выживаемости.

Преобладали опухоли средней трети пищевода – у 503 (67,6%) больных, в нижней трети у 231 (31,0%), в верхней трети – у 10 (1,4%). По стадиям процесса больные распределились следующим образом: I стадию имели 63 (8,5%) больных, II – 271 (36,4%), III – 410 (55,1%). В плане комбинированного лечения применялась предоперационная химиолучевая терапия. Нами выполнены следующие хирургические вмешательства: операция Льюиса (562 случая 75,5%), операция Гэрлока (15 случаев 2%), субтотальная резекция пищевода с расширенной 2-х зональной лимфодиссекцией (2F, 2S) с эзофагопластикой узким стеблем из большой кривизны желудка (145 – 19,5%), экстирпация пищевода с эзофагопластикой изоперистальтической желудочной трубкой из абдоминального, торакального и цервикального доступов с расширенной трехзональной лимфодиссекцией (3F) (13 – 1,7%), субтотальная резекция нижне- и среднегрудного отдела пищевода с одномоментной внутриплевральной пластикой антиперистальтической левой половиной толстой кишки (9 – 1,3%).

Среди осложнений следует отметить преобладание гнойно-воспалительных и легочно-плевральных осложнений. Послеоперационные осложнения после резекции пищевода наблюдались у 137 (18,4%) больных, которые в 51 (6,8%) случаях привели к летальному исходу. В хирургических послеоперационных осложнениях наиболее часто встречались несостоятельность швов внутригрудного (шейного) анастомоза (2,7%).

По проведенному анализу следует, что основную массу пациентов составляют больные с III стадией процесса (55,1%). Наличие метастатического поражения при II стадии заболевания значительно ухудшает результаты лечения (57,5 против 34,2%).

При хирургическом лечении, среди перенесших радикальные операции, 5 летний срок выживания зависит от различных обстоятельств. Основным является распространенность опухолевого процесса. Наличие метастазов в лимфатические узлы является неблагоприятным и значительно уменьшает срок 5-летней выживаемости. При III стадии процесса комбинированное лечение (предоперационная лучевая терапия и операция) позволяет увеличить сроки 5-летней выживаемости с 15,2 до 25,3%

Морфологическая характеристика регионарных лимфатических узлов и прогноз при раке желудка

Бажанов А.Б., Цыплаков Д.Э.

Казанский государственный медицинский университет им. С.В.Курашова, Казань

Рак желудка по-прежнему занимает видное место в онкопатологии человека. При этом состояние регионарных лимфатических узлов (РЛУ) является одним из важнейших факторов, определяющих течение заболевания и его прогноз.

Целью исследования явился многопараметровый морфологический анализ состояния РЛУ при раке желудка для выявления прогностических критериев 5-летней выживаемости онкологических больных.

При помощи гистологических, имуногистохимических (ИГХ), электронно-микроскопических и морфометрических методов исследования был изучен архивный операционный материал 170 пациентов. 5-летняя выживаемость сопоставлялась с: 1) наличием и объемом метастазов в лимфоидной ткани; 2) количеством метастатически пораженных РЛУ из числа исследованных; 3) гистологической картиной, включая ИГХ-характеристику; 4) ультраструктурными изменениями клеток.

Установлено, что 5-летняя выживаемость определяется наличием или отсутствием метастазов, их объемом в лимфоидной ткани и количеством метастатически пораженных РЛУ. Существенное значение для прогноза имеют иммуноморфологические реакции и ультраструктурные изменения РЛУ. Высокая 5-летняя выживаемость определяется при гиперплазии паракортикальной зоны с увеличением числа CD 3(+) Т-клеток, ульраструктура которых соответствует активированным (иммунным) лимфоцитам, а также при синусном гистиоцитозе с повышением в РЛУ количества CD 68(+) макрофагов, обладающих выраженной фагоцитарной активностью, что определяется электронно-микроскопически. Хуже прогноз при наличии гиперплазии лимфоидных фолликулов с высоким содержанием CD 20(+) В-клеток и плазмоцитов, которые, судя по ИГХ-картине и ультраструктуре, активно синтезируют антитела. Самая низкая 5-летняя выживаемость сопровождается дегенеративным синусным гистиоцитозом, атрофией или склеролипоматозной трансформацией лимфоидной ткани с гипоплазией паракортикальной зоны и лимфоидных фолликулов.

Сравнительный анализ данных критериев позволяет составить примерный прогностический алгоритм для каждого случая рака желудка.

Динамика показателей системы гемостаза у пациентов с гемобластозами, в период проведения полихимиотерапии

Бакиров Б.А., Байбулатова А.Ф.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Актуальность. Достижение длительной ремиссии заболевания, у пациентов с гемобластозами, актуальная проблема современной гематологи. В настоящее время, достижимая путем проведения высокодозных режимов химиотерапии, часто влекущих за собой развитие органных нарушений, полиорганной недостаточности, сепсиса, септического шока, ДВС-синдрома.

Цель исследования: оценить систему гемостаза у пациентов с развившимися инфекционными осложнениями, в период проведения высокодозной терапии.

Материалы и методы. Проведен анализ 138 пациентов с гемобластозами ГБУЗ РКБ им. Г.Г.Куватова г. Уфа, после проведения высокодозной терапии.

Средний возраст пациентов – 28,7 лет. Диагноз ОМЛ – 88 пациентов (63,8%), ОЛЛ – 34 пациента (24,6%), 16 пациентов (11,6%) с другими заболеваниями системы крови (апластическая анемия, хронические лейкозы).

Результаты и обсуждение: нарушения в системе гемостаза выявлены у 129 (93,5%) пациента. Средний балл по шкале в SOFA в среднем 1,5 ± 0,2. Нарушения в системе гемостаза были достоверно выше у больных с острыми лейкозами, в сравнении групп пациентов с острыми и хроническими лейкозами, данный факт вероятно, обусловлен развитием панцитопении. По сравнению с исходными показателями, уровень тромбоцитов более чем в 10 раз ниже в ходе лечения. Присоединении инфекционных осложнений влекло за собой изменения АЧТВ и Д-димера. Необходимо отметить, что снижение эффективности тромбоцитов усугубляет агрессивность течения инфекционных осложнений. Присоединение инфекционных осложнений, приводит к снижению фибриногена почти в 3 раза. Очевидно, одно нарушение в системе гемостаза провоцирует развитее инфекционных осложнений, а те в свою очередь усугубляют ДВС-синдром.

Заключение и выводы. У большей части пациентов (93,5%) развиваются нарушения в системе свертывания в процессе химиотерапии, приводящие к развитию последующих инфекционных и органных нарушений. В результате присоединения инфекционных осложнений, выявлены следующие изменения: повышение антитромбина III, протромбина, фибриногена и Д-димера.

Прогностические факторы, повышающие риск прогрессирования распространенной стадии мелкоклеточного рака легкого

Бахмутский Н.Г., Порханов В.А., Бодня В.Н., Ширяев Р.П.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Цель: выяснить роль прогностических факторов при распространенной стадии мелкоклеточного рака легкого (МРЛ) и их влияние на прогрессирование болезни.

Материалы и методы. Ретроспективно анализировали результаты лечения пациентов с распространенной стадией МРЛ, которым проводили системную химиотерапию. Максимальный размер первичной опухоли, число метастазов и лабораторные данные, включая уровни альбумина, ЛДГ, натрия, РЭА, НСЕ были отобраны до лечения как прогностические факторы. Ответы пациентов на лечение обычно оценивали после 2–4 курсов химиотерапии. Рецидив подтверждали данными КТ и МРТ. Общую выживаемость определяли, как время от начала химиотерапии первой линии до смерти. В анализ включили 196 пациентов, получивших химиотерапию. Средний размер первичной опухоли был равен 5,4 см. 76 пациентов имели плевральную диссеминацию и у 8 диагносцировали метастазы в головной мозг. У 84 пациентов имелось распространение опухоли на отдаленные органы, а у 112 регистрировали множественные метастазы (2–5 локализаций), исключая прикорневые, медиастинальные и надключичные лимфоузлы.

Результаты. 114 пациентов (58%) были пролечены комбинированной химиотерапией с включением препаратов платины и 82 пациента – монохимиотерапией паклитакселом (42%). 145 больных (74%) получили три и больше циклов химиотерапии первой линии и 127 (65%) пациентов получили курс и более второй линии химиотерапии после рецидива. Общее число ответов было 52% (102/196) и медиана безрецидивного выживания составила 5,4 месяца. У 55 пациентов (28%) зарегистрирован рецидив через три месяца после лечения. Общая выживаемость составила 8,9 месяцев, 19,4 месяца для чувствительной к химиотерапии группы и 6,9 – для рефрактерной.

Выявлено, что общая выживаемость была значительно короче у больных с большими опухолями (медиана выживаемости 8,7 мес при >3 см и 18,9 мес при ≤3 см, $p < 0,02$) и с множественными метастазами (медиана выживаемости 7,2 мес для нескольких метастазов и 13,0 мес для единичных метастазов, $p = 0,015$). Безрецидивная выживаемость короче у пациентов с большими опухолями (4,8 мес при >3 см и 6,5 мес при ≤3 см, $p = 0,043$), у пациентов с множественными метастазами меньше безрецидивная выживаемость, чем с единичным метастазом (4,8 и 5,4 мес, соответственно). На общую и безрецидивную выживаемость также влияли – возраст, пол, функциональный статус, уровни ЛДГ, натрия.

Результаты хирургического лечения рецидивов рака желудка

Бейшембаев М.И., Лягазов Р.И., Осмоналиева Г.О.

Национальный центр онкологии, Бишкек, Кыргызстан

Актуальность. На современном этапе благодаря высокому уровню оперативной техники, разработки комбинированных и расширенных операций с максимальным соблюдением онкологических принципов позволяет достоверно улучшить выживаемость больных раком желудка. Но даже после сверх расширенных максимально комбинированных вмешательств по-прежнему одной из основных причин высокой смертности является рецидивирование опухолевого процесса (18–30%). Лечение рецидивов рака желудка является одной из наиболее трудных задач клинической онкологии на сегодняшний день.

Цель исследования. Улучшить результаты выживаемости больных с рецидивами рака желудка.

Материалы и методы исследования. Проанализирован опыт лечения 37 больных с рецидивами рака желудка (РРЖ), находившихся в НЦО МЗ КР в период с 2000 по 2015 г. Из них 27 пациентов после резекций желудка (группа А), 10 пациентов после гастрэктомии (группа В). Выявлено, что рецидив в ряде случаев может долго оставаться локорегионарным процессом, что позволяет провести радикальные реконструктивные операции (РРО) у таких больных. РРО проведены в группе А – 15 больным, в группе-В – 2. Операбельность – 93,7%, резектабельность – 56,7%. Анализ отдаленных результатов выявил увеличение продолжительности жизни у больных в группе А: 5-летняя выживаемость составила 62,7%. Наиболее сложными в техническом плане являются реконструктивные операции после гастрэктомии. В этой группе только 2 больным удалось выполнить реконстуктивную операцию.

Вывод. Проведенное исследование убедительно доказывает необходимость активной хирургической тактики в лечении больных с рецидивами рака желудка, что дает реальный шанс на улучшение качества и продолжительности жизни этой сложной категории больных.

Симультанные операции при раке желудка

Бейшембаев М.И., Лягазов Р.И., Осмоналиева Г.О.

Национальный центр онкологии, Бишкек, Кыргызстан

Актуальность. Заболеваемость раком желудка в Кыргызстане, составляет от 13,6 до 16,2% на 100 000 населения за последние 5 лет. Однако проблема раннего выявления и лечения рака желудка, конкурирующих с ним этиологически не связанных хирургических заболеваний других органов (таких как различные формы холецистита, аппендицит, миома матки, киста яичника, грыжи), на сегодняшний день остается высоко актуальной. По данным ВОЗ у 30% онкологических больных, поступающих в стационары, при обследовании выявляются 2-3 сочетанных

заболевания. При этом отмечается тенденция к их росту. Поэтому проведение симультанных операций являются целесообразными при раке желудка.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения у больных раком желудка, имеющих сопутствующие (конкурирующие) заболевания.

Материалы и методы исследования. Изучен анализ эффективности хирургического лечения у 25 больных с местно-распространенным раком желудка, имеющих конкурирующую патологию, которым были произведены оперативные вмешательства в объеме гастрэктомий в сочетании с холецистэктомией. Последняя была проведена у 6 (24%) мужчин и у 2 (8%) женщин; удаление кист печени, которое было выполнено у 4 (16%) мужчин. У 8 (32%) женщин, проводимая гастрэктомия сочеталась с надвлагалищной ампутацией матки с придатками по поводу миомы матки, у 5 (20%) пациенток проводилась удаление придатков по поводу кист яичников. У всех больных с сопутствующей патологией диагноз рак желудка был гистологически верифицирован, при этом 15 (60%) больных наблюдалась малодифференцированная аденокарцинома, у 10 (40%) больных – перстневидноклеточный рак.

Вывод. После проведенного исследования одногодичная выживаемость у больных раком желудка, которым проводились симультанные хирургические вмешательства, составила 84%, трехлетняя и пятилетняя выживаемость составляло 60% и 52% соответственно. Одногодичная летальность наблюдалась у 4 (16%) больных, трехлетняя и пятилетняя летальность составила 24 и 8% соответственно.

Сравнительный анализ современных методов лечения метастатических плевритов у больных со злокачественными опухолями молочных желез и яичников

Бейшембаев М.И., Лягазов Р.И., Фединчик А.А., Осмоналиева Г.О.

Национальный центр онкологии, Бишкек, Кыргызстан

Метастатический плеврит – одно из наиболее частых проявлений злокачественного поражения плевральной полости, обусловленное злокачественными опухолями молочной железы и яичников. Проведен сравнительный анализ эффективности применения комбинированного лечения метастатических плевритов у 82 больных со злокачественными опухолями молочной железы и яичников за период с 2005 по 2012 гг. Пациенты были разделены на 2 группы:

• Основная группа, включала 42 (51,2%) больных, получившие системную химиотерапию + внутриплевральную химиотерапию.

• Контрольная группа, включала 40 (48,7%) больных, которым проводилась системная химиотерапия + внутриплевральная химиотерапия с использованием аутоплазмы.

В качестве системной химиотерапии, которые применялись в обеих группах, были следующие схемы: CAF, CMF, CAP, CP, CC, GP. Химиотерапия проводилась через день, всего количество курсов составляло 4–6.

В качестве внутриплеврального биорастворителя мы использовали аутоплазму, полученную из периферической крови больного в результате центрифугирования. В 50 мл аутоплазмы растворялась одноразовая доза цитостатического препарата. После проведенного лечения, нами было установлено, что в первые два года частота смертности была высокой в обеих группах, обусловлена возникающими осложнениями после лечения, а также дальнейшим прогрессированием опухолевого процесса. Так, одногодичная выживаемость в основной группе наблюдалась у 26 (57,7 ± 6,5%) пациентов, в то время как в контрольной группе к концу первого года в живых остались 30 (66,6 ± 6,8%) пациентов. Двухлетняя выживаемость наблюдалась у 15 (33,3 ± 5,3%) больных из основной группы и у 18 (40 ± 5,7%) пациентов контрольной группы. Трехлетний рубеж прожили 7 (15,5 ± 3,7%) больных из основной группы и 9 (20 ± 4,2%) больных из контрольной группы. Следует отметить, что трехлетний срок прожили больные, у которых была достигнута стойкая стабилизация процесса при отсутствии дальнейшего прогрессирования заболевания.

Заключение. Таким образом, проведенный сравнительный анализ комбинированных методов лечения метастатических плевритов у больных со злокачественными опухолями молочных желез и яичников показал, что применение системной химиотерапии с внутриплевральной химиотерапии на основе аутоплазмы в качестве биорастворителя, увеличивает показатели одногодичной, двухлетней и трехлетней выживаемости на 66,6 ± 6,8%, 40 ± 5,7% и 20 ± 4,2%.

Конформная лучевая терапия в комплексном лечении злокачественных новообразований у детей (опыт ГБУЗ НО НОКОД)

Беленкова Е.А., Привалова Л.П., Канищева Н.В., Барсуков А.В., Абрамова Е.А., Исаев К.Р., Масленникова А.В.

Нижегородский областной клинический онкологический диспансер, Нижний Новгород;
Нижегородская областная детская клиническая больница, Нижний Новгород;
Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

По данным областного бюро медицинской статистики Нижегородской области, заболеваемость злокачественными новообразованиями у детей в возрасте от 0 до 18 лет сохраняется на стабильном уровне в течение последних трех лет. С 2014 по 2016 в Нижегородской области получили лечение по поводу онкологических заболеваний 222 ребенка в возрасте от 0 до 18 лет (79 пациентов в 2014 г., 70 пациентов в 2015 г., 73 пациентов в 2016 г.). Из них 77 детей в возрасте от 0 до 18 лет получили лучевую терапию на базе отделения радиологии

НОКОД в качестве самостоятельного метода или в составе комплексного лечения.

При проведении лучевой терапии у детей критически значимым фактором является конформность облучения, так как незрелые растущие ткани являются существенно более радиочувствительными. Именно поэтому в современных протоколах лечения отмечается тенденция к уменьшению объемов облучения и снижению суммарно-очаговых доз. В 2013 г. в Нижегородской области было произведено переоснащение отделения радиологии ГБУЗ НО НОКОД. Были установлены линейные ускорители Novalis Tx и Clinac 600C в комплексе с планирующей системой Eclipse с КТ и МРТ. Это позволило реализовать современные методики конформного облучения у всех детей, нуждающихся в проведении лучевой терапии.

В течение последних трех лет лучевую терапию получили 24 ребенка по поводу лимфом, 22 ребенка по поводу опухолей центральной нервной системы, 14 детей по поводу гемобластозов, 12 детей по поводу сарком различного генеза, 5 детей – по поводу нефробластомы, Лечение детей осуществляется в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями (2009 г.). Лучевая терапия проводится на аппарате Varian Clinac 600C. Перед началом лечения проводится КТ-топометрическая подготовка и изготавливается индивидуальное средство фиксации. В течение последних трех лет были реализованы следующие планы облучения: IMRT – 16 планов, 3D конформная лучевая терапия – 61 план. Четырнадцати пациентам было проведено тотальное краниоспинальное облучение. Ранние побочные эффекты лучевой терапии не превышали первой-второй степени. Таким образом, в Нижегородском областном онкологическом диспансере освоены современные конформные методики лучевой терапии при всех основных формах злокачественных опухолей у детей. Планируется последующий анализ отдаленных результатов лечения, поздних побочных эффектов облучения.

Теплофизические характеристики для планирования криохирургических операций в онкологии

Белозеров А.Г., Васильев А.О., Пушкарев А.В., Пономарев Д.Е., Пушкарев А.В.

Московский государственный технический университет им. Н.Э.Баумана, Москва

Криохирургический метод лечения применяется в онкологии, имеется опыт удаления раковых опухолей почки, предстательной и молочной желёз и других биотканей. Однако для получения гарантированного положительного результата лечения целесообразно проводить предоперационное планирование, заключающееся в математическом моделировании низкотемпературного воздействия на биоткани. В свою очередь для моделирования необходимо знать ряд параметров, входящих в математическую модель: теплофизические, биофизические, технические и геометрические. +Одними из самых важных параметров являются точные значения теплофизических свойств (теплоемкость, теплопроводность и др.) различных тканей, как здоровых, так и злокачественных. В настоящее время при моделировании используются либо постоянные не зависящие от температуры значения теплофизических свойств, либо в качестве приближения применяются числовые значения характеристик воды. Это может привести к ошибке, заключающейся в недостижении температуры некроза в целевой зоне и/или повреждению окружающей здоровой области.

Проведены измерения теплоемкости и криоскопической температуры образцов почки человека с доброкачественной и злокачественной опухолями. Значение криоскопической температуры образцов почки получилось равным минус 0,5°C. Измерения теплоемкости показали, что изменение значений теплоемкости почки при понижении температуры имеет такой же характер как у воды, но значения теплоемкости почки на 10–15% ниже, чем у воды. Также стоит отметить, что теплоемкость цельного образца почки со злокачественной опухолью на 5–8% ниже, чем у почки в нормальном состоянии в области низких температур. Значения теплоемкости измельченных образцов почки со злокачественной опухолью, напротив, немного выше по сравнению с почкой в нормальном состоянии. В положительной области температур также наибольшее расхождение имеет теплоемкость образцов со злокачественной опухолью.

Выявлено, что значения теплоемкости образцов почки человека со злокачественной опухолью и образцов почки человека в нормальном состоянии различаются между собой. Однако не наблюдается определенной закономерности в разнице значений, что может объясняться анизотропией опухолевой ткани или различием ее свойств у разных людей, что является основанием для дальнейших исследований.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект 16-19-10567).

Нейрохирургическое лечение ангиолимфоидной гиперплазии с эозинофилией

Биктимиров Р.Г., Киселев А.М., Казанцева И.А., Шерман Л.А.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, Москва

Ангиолимфоидная гиперплазия с эозинофилией (АГЭ) – доброкачественное опухолеподобное артериовенозное заболевание кожи неизвестной этиологии, с клиническим проявлением в виде формирования одиночных или множественных папул и узлов, локализующихся, преимущественно, в заушной области, на уровне субмандибулярного отростка, височной области головы, реже в области глазницы, шеи. Результаты трех этапного хирургического лечения, пациента 62 лет, с вовлеченным в патологический процесс головным мозгом. Анамнез длительный. Обращения к онкологам, биопсия узлов без

четкой нозологической картины: артериовенозная гемангиома кожи, флороидная гиперплазия лимфоидной ткани? По данным нейровизуализации: объемное интраорбитальное образование правого глаза; супра- и инфратенториальное объемное образование мозга справа, изменение костной ткани затылочной области с деструкцикй внутренней пластинки, множественные подкожные образование с инвазией и деструкцией костей свода черепа. Неврологический статус: частичный птоз справа, парез VI н., частичный лагофтальм. Функциональная активность по шкале Карновского – 80 баллов. На РКТ и МРТ в правой теменной, затылочной и верхнешейной области визуализировались «сливные» подкожные образования округлой формы, размерами от 1,5 до 3,5 см в диаметре, количеством более 20, с измененным, истонченным и гиперемированным кожным покровом над ними пальпаторно – плотные, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, смещаемые. Дифференциальная диагностика с лимфомой, саркомой Капоши, доброкачественной лимфаденопатией кожи, реактивной лимфоденопатией, болезнью Кимура, эозинофильной гранулемой, церебрально-ретинальный ангиоматоз Хиппель-Линдау. Выполнен трехэтапное хирургическое удаление в течение года: биопсия, удаление массивных подкожных сливных узлов (более 40 штук) диаметром от 1 до 3 см в шейно-затылочно-теменной области с длительным заживлением раны; супратенториальная костно-пластическая трепанация с резекцией костной ткани, удаление опухоли намета мозжечка с супра- и инфратенториальным ростом, пластика костного дефекта титановым сетчатым имплантом. Гистология на всех этапах – АГЭ. Послеоперационный период без осложнений. Катамнез 5 лет. Крайне редкое заболевание, особенно в России. Первичные проявления – косметический дефект. Не «классифицируемый» по профилю пациент. Случай «кожного заболевания», вовлекающего головной мозг.

Хирургический аспект при метастатических поражениях головного мозга

Биктимиров Р.Г., Киселев А.М., Кедров А.В., Шерман Л.А.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, Москва

Метастатические опухоли головного мозга неоднородны с точки зрения биологии, ответа на лечение, прогноз.

Анализированы результаты лечения 49 больных в возрасте от 27 до 76 лет. Источник метастазирования: легкие – 19, молочная железа – 16, меланома – 4, колоректальный рак – 2, не выявленный очаг – 8. Первичное удаление основного заболевания 32 пациента. Функциональная активность оценивалась по шкале Карновского (ШК). Нейровизуализация, нейронавигация, нейромониторинг.

Результаты и обсуждения. В 47 случаях удален единичный патологический очаг, размеры которых от 1,5 до 6 см в диаметре. Нейронавигация использована 26 раз, нейромониторинг у 17 больных. Индекс по ШК составлял от 60 до 80 баллов. Супратенториальная локализация – 45 пациента, субтенториальная – 4. Выполнение операции с использованием стандартных минимальных доступов, по функциональной «дозволенности» – удаление окружающей метастаз мозговой ткани до 1 см вокруг, обращая внимание на расширенные венозные сосуды. Одномоментное удаление 2 изолированных метастазов меланомы левой лобной и правой височной долей мозга у больной 36 лет при функциональном состоянии по ШК 80 балов на фоне использования дексаметазона. Послеоперационный период у всех пациентов с улучшением, очаговая и общемозговая симптоматика с регрессом. Осложнений и летальных исходов не отмечено. При РКТ мозга уменьшение отека, полное удаление у всех пациентов. Наличие мелких геморрагических очагов у 20 больных. Назначение до и после операции кортикостероидов, для уменьшения перитуморального отека и внутричерепного давления у пациентов с последующим снижением дозы. Продолжительность и дозировка должна быть адаптирована для каждого больного. Противосудорожные препараты назначают по показаниям. Результаты терапии, в том числе выживания, улучшаются при нейрохирургических пособиях 1–2 метастазов в мозг при тщательном отборе пациентов. Показанием к операции является удаление опухолевого очага с целью предотвращения вклинения мозга, а иногда для верификация диагноза. Радиорезистентные меланомы и почечные метастазы «мало чувствительны» к лучевой терапии, имеют хороший послеоперационный результат, делая хирургию более привлекательным методом выбора.

Результаты хирургического лечения базальных менингиом больших размеров

Биктимиров Р.Г.[1], Киселёв А.М.[1], Шерман Л.А.[1], Рамазанов И.Ш.[2]

[1]Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, Москва; [2]Клинический медицинский центр московского государственного медицинского университета им. А.И.Евдокимова, Москва

Базальные менингиомы (БМ) больших размеров частая патология.

Цель: выбор тактики ведения с учетом локализации, данных нейровизуализаци.

Материал и методы: 27 пациентов возраста 45–62 года с БМ объемом >100 см^3. Локализация: крылья основной кости: 12 случаев (3 тотальный вариант); основание ПЧЯ с 2 сторон – 13, в 4 случаях распространение в СЧЯ; опухоль фалькс-тенториального угла – 2 больных. Объемы менингиомы рассчитаны по программе. 3D реконструкция опухоли. Радикальность хирургического удаления по классификации Симпсона. Вовлечение черепных нервов, артериальных и венозных сосудов с помощью КТ и МР-

ангиографии. Возможность удаления: полная/частичная. Объем резекции от степени инвазии кости, вовлечения в опухоль черепных нервов, сосудов. При тотальном удалении БМ, нейровизуализация через 1 и 6 мес после операции, затем ежегодно; при нерадикально удаленной опухоли – проводилась через 1 и 3 месяца, далее каждые 6 мес, затем ежегодно.

Результаты. У всех больных отмечалась клиника повышения внутричерепного давления, общемозговая и очаговая симптоматика, прогрессирующее течение, когнитивные нарушения, зрительные расстройства. Анамнез заболевания от месяца до 4 лет. Индекс Карновского 40–70 баллов. Сложная многоузловая форма новообразования затрудняла оценку размера и объема БМ от 102 до 181 см^3. Хирургические вмешательства осуществлялись с использованием небольших доступов: надбровный, латеральный супраорбитальный (LSO), односторонний фронтальный, птериональный. У 4 больных БМ распространялась из ПЧЯ в СЧЯ, обрастала ВСА и удалена частично. В 21 случаях, тотальная резекция (Simpson I степени). Двум пациентам (Simpson III), с распространением процесса в кости выполнена протонная лучевая терапия через 2 мес после операции. Один больной с ухудшением зрительных нарушений, в 2 случаях улучшение общего состояния, регресс общемозговой симптоматики, но сохранялось снижение зрения. Не было летальности. Кровопотеря до 2 л. Гистология: мениготелиоматозная М – 18, смешанная – фибробластическая – 6, фиброзная – 1; ангиоматозная М – 2. Двое пациентов в возрасте 47 и 57 лет (объемы 181 и 135 см3) через 6 мес восстановили трудовую деятельность по специальности. Хирургическое лечение БМ больших размеров может быть успешным при тщательной оценке клинических, нейровизуализационных данных РКТ и МР-ангиографии, с учетом 3D реконструкции и виртуальной картины.

Биопсия сигнальных лимфатических узлов у больных раком молочной железы

Бит-Сава Е.М., Егоренков В.В., Анчабадзе М.Г., Дамениа А.О., Мельникова О.А., Ахмедов Р.М., Моногарова М.А., Панина М.С., Никитина В.В., Мелдо А.А., Зыков Е.М., Чернобривцева В.В., Башкиров Л.В., Шелехова К.В., Моисеенко В.М.

Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический), Санкт-Петербург;
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Введение. Биопсия сигнальных лимфатических узлов (БСЛУ) позволяет добиться высокой диагностической информативности и минимального объема хирургического вмешательства в аксиллярной области у больных раком молочной железы (РМЖ) без клинических данных за наличие метастазов в подмышечных лимфатических узлах (ЛУ).

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных РМЖ.

Материалы и методы. В исследование включены 42 больные РМЖ cT1-2N0M0 (средний возраст – 50 лет), которым была выполнена БСЛУ и радикальная резекция молочной железы с/без маммопластикой лоскутом широчайшей мышцы спины или подкожная мастэктомия с одномоментной установкой эндопротеза. Для подтверждения категории cN0 помимо маммографии, ультразвукового исследования и эластографии были выполнены магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ-КТ). В опухоль молочной железы за день до операции вводился радиоактивный фармакологический препарат (РФП) Tc99m-технефит с последующей сцинтиграфией сигнального ЛУ на однофотонном эмиссионном компьютерном томографе (ОФЭКТ). Интраоперационная идентификация сигнального ЛУ проводилась при помощи гамма-детектора.

Результаты. При срочном гистологическом исследовании в 9,5% (у 4 из 42 больных) были обнаружены метастазы в сигнальных ЛУ. Частота ложнонегативных результатов (ЛНР) равнялась 9,5% (у 4 из 42 больных). При использовании МРТ и ПЭТ-КТ (n = 14), по результатам срочного и окончательного гистологического исследования метастазов в сигнальных ЛУ не выявлено, ЛНР не было.

Выводы. Низкая частота ЛНР позволяет применять методику БСЛУ у больных РМЖ с клинически негативными аксиллярными ЛУ. Дополнительное использование МРТ и ПЭТ-КТ позволяет уточнить статус аксиллярных ЛУ и значимо повысить чувствительность метода БСЛУ.

Хронокоррекция паллиативной химиотерапии у больных старческого возраста

Бланк М.А., Бланк О.А.

Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Минздрава России, Санкт-Петербург

Проведение паллиативной лекарственной терапии больным старческого возраста сопряжено с трудностями, обусловленными наличием сопутствующих заболеваний, снижением функциональной активности органов и систем, а также возрастными особенностями обмена веществ.

Ранее нами была разработана циркадианная модель митотической активности костного мозга, на основе которой было определено оптимальное время в течение суток для использования карбоплатина и фторурацила в шестидневной схеме сочетанного применения. Введение препаратов производили по следующей схеме:

с I по V день с 21 до 22 ч карбоплатин 50 мг внутривенно капельно, длительность инфузии – 1 час,

в I и IV дни с 7 до 9 ч фторурацил 750–1000 мг внутривенно струйно. Перерыв между циклами составлял 2–3 недели.

Восемьдесят три цикла паллиативной противоопухолевой терапии были проведены 26 больным местно-

распространенным и метастатическим раком молочной железы старше 70 лет (от 72 до 82 лет). Индекс Карновского в группе не превышал 50%. Тяжесть общего состояния пациентов была обусловлена не только основным заболеванием, но и сопутствующей сердечнососудистой патологией, а также возрастным снижением функциональной активности.

Выбор оптимального времени в течение суток для введения противоопухолевых препаратов (хронокоррекция) позволил во всех случаях провести запланированный курс паллиативной терапии (4–6 циклов) без нежелательных эффектов, вынужденных перерывов, декомпенсации сопутствующих неопухолевых заболеваний и ухудшения общего состояния больных. Самочувствие в период проведения цикла химиотерапии субъективно расценивалось пациентами как стабильное, жалобы на тошноту и рвоту отсутствовали. Также не было выявлено признаков угнетения кроветворения, которые могли бы стать причиной отмены запланированного лечения. Хорошая переносимость циклов химиотерапии с хронокоррекцией позволила 2/3 больных продолжить лечение в амбулаторных условиях.

Таким образом, практически полное отсутствие нежелательных эффектов при проведении циклов химиотерапии карбоплатин + фторурацил с хронокоррекцией позволяет рекомендовать эту схему больным пожилого и старческого возраста, нуждающимся в паллиативной противоопухолевой терапии.

Хронокоррекция циклов противоопухолевой лекарственной терапии по схеме карбоплатин + фторурацил существенно расширяет возрастные границы для проведения специфического противоопухолевого лечения.

Синхронная комбинированная терапия в лечении злокачественных новообразований позвоночника

Бланк М.А., Бланк О.А.

Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Минздрава России, Санкт-Петербург

Высокая радиочувствительность спинного мозга является одним из лимитирующих факторов, усложняющих лучевую терапию опухолевого поражения позвоночника. Расположение органа «внутри» пораженной опухолью компактной костной структуры ограничивает возможности подведения радикальной дозы.

Создание методики синхронной комбинированной химиолучевой терапии (СКТ), не имеющей высокого риска ятрогенных осложнений, явилось целью работы. Методика предусматривала облучение пораженного позвонка непосредственно после введения в мягкотканый компонент опухоли цитотоксического препарата, растворенного в масляном рентгеноконтрастном веществе, под контролем рентгеновской компьютерной томографии. Использовали противоопухолевые средства, цитотоксичность которых значительно возрастает в среде, богатой свободнорадикальными соединениями. Локальное увеличение концентрации свободных радикалов достигалось посредством воздействия ионизирующего излучения.

Курс СКТ получили 8 больных, инвалидизированных за счет двигательных нарушений, нарушения функции тазовых органов и болевого синдрома. Первичное поражение позвоночника саркомами мягких тканей или злокачественной лимфомой было у 5 пациентов, метастатическое – у 3.

Болевой синдром по окончании СКТ был купирован у всех пациентов. В 7 случаях из 8 отмечено восстановление двигательных функций нижних конечностей и функций тазовых органов, полный и частичный регресс опухолевого очага – у 7 больных, у 1 – стабилизация, продолжавшаяся в течение 3 мес, до гибели больного от генерализации опухолевого процесса. Двое пациентов вернулись к труду, у остальных была восстановлена способность к самообслуживанию и ведению домашнего хозяйства.

Отмечены следующие побочные эффекты: умеренная локальная болезненность во время интратуморального введения препаратов – у всех пациентов, умеренное нарастание интенсивности боли в течение 1–3 сут, купирующееся без применения наркотических анальгетиков – у 4 больных, отсроченная гипертермия - в случаях использования флеомицинов.

В лечении опухолевого поражения позвонков СКТ позволяет добиться регресса опухолевого очага и редукции неврологической симптоматики без превышения предельно толерантной дозы ионизирующего излучения на спинной мозг.

Дифференциальная диагностика анемического синдрома с микроцитарными гипохромными характеристиками эритроцитов у онкологических больных с колоректальным раком

Блиндарь В.Н., Зубрихина Г.Н., Матвеева И.И.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина, Москва

Цель исследования. Провести анализ показателей синтеза гепсидина 25 с перспективой применения этого метода в клинической практике для дифференциальной диагностики железодефицитного эритропоэза у больных с колоректальным раком.

Материалы и методы. Исследование проведено у 35 больных с 3–4 стадией заболевания и анемией (АС), до лечения. Средний возраст (62,7 ± 5,6) лет. В качестве контрольной группы определение аналогичных показателей крови проведено у 19 здоровых лиц. Клинический анализ крови исследовали по 47 показателям на гематологическом анализаторе Sysmex XE-2100-1, в том числе, и ретикулоцитарные индексы. Содержание ферритина (ФР), растворимых рецепторов трансферрина (рРТФ) и гепсидина 25 (ГП25) определяли методом ИФА.

Результаты. Все пациенты с АС имели одинаковые морфологические признаки эритроцитов крови, а именно, – микроцитоз и гипохромию. На основании показателей ФР, рРТФ и ГП25 были выделены три типа АС. 1-й – истинная ЖДА (n = 6) с очень низкой (14,1 ± 2,8) нг/мл концентрацией ФР – и высокой – рРТФ (3,8 ± 0,8) мкг/мл). О ЖДА свидетельствовал и показатель ГП25, который, был значительно ниже (0,9 ± 0,05) нг/мл нормы (3,2 ± 0;4; медиана = 1,9) нг/мл. 2-й тип АС был расценен как железодефицитный эритропоэз (ЖДЭ) на фоне АХЗ (*n* = 7). В отличие от ЖДА, у пациентов с ЖДЭ концентрация ФР (666,2 ± 291,9; медиана = 115,2) нг/мл была значительно выше нормы (67,7 ± 10,5; медиана = 49,7) нг/мл. Несмотря на большие запасы железа, уровень рРТФ говорил о «железном голоде» эритрокариоцитов костного мозга, его показатель (2,4 ± 0,2; медиана = 2,0) мкг/мл превышал верхнюю границу нормы (0,9 ± 0,08; медиана = 0,7) мкг/мл. Напротив, среднее содержание гемоглобина в ретикулоците было сниженным (25,1 ± 2,9) пг, что свидетельствовало о ЖДЭ. Низкие показатели ГП25 (1,2 ± 0,4) нг/мл доказывали это. АС 3-й группы выявлен у большинства (n = 22) больных. Он отличался от АС 2-го типа очень высокой концентрацией ГП25 (35,1 ± 7,3) нг/мл, превышающей норму в десятки раз, что, в большей степени, говорило о функциональном дефиците железа на фоне анемии хронического заболевания.

Заключение. Предварительное исследование показало, что определение гепсидина 25 в комплексе с другими методами, объективно отражающих метаболизм железа, необходимо использовать в клинической практике для дифференциальной диагностики и анемического синдрома с микроцитарными гипохромными характеристиками эритроцитов.

Оптимизация лучевой терапии при лечении метастазов в лимфатические узлы шеи без выявленного первичного очага с применением быстрых нейтронов

Бобкова Г.Г., Важенин А.В., Галямова Ю.В., Важенин И.А., Кузнецова А.И., Ложков А.А., Клюшнева А.А.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Применение быстрых нейтронов в онкологии рассматривается как один из возможных путей повышения эффективности лучевой терапии злокачественных новообразований, отличающихся резистентностью к фотонному излучению, к которым и относятся метастазы в лимфатические узлы шеи без первичного очага.

Цель исследования: улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с метастатическими опухолями в лимфатические узлы шеи без выявленного первичного очага в паллиативных и комбинированных программах с применением быстрых нейтронов с E = 10,2МэВ.

Материалы и методы. В исследование вошло 174 пациента. 74 пациента получали курс нейтронного облучения в Уральском центре нейтронной терапии. Применялся режим мультифракционирования до СОД 2,4 Гр (14,4 ИзоГр). Контрольная группа составила 100 человек. Все пациенты получали лучевую терапию на гамматерапевтических установках СОД 30–60 Гр на базе ГБУЗ ЧОКОД. 35 (20%) пациентам проведено симптоматическое лечение, 68 (39%) пациентам проведено лечение по радикальной программе, паллиативное лечение получил 71 (41%) пациент.

Выводы:

1. Специальное лечение пациентам с метастазами в лимфатические узлы шеи без выявленного первичного очага должно быть назначено во всех случаях при условии удовлетворительного функционального состояния.

2. Назначение химиотерапии по показаниям в зависимости от морфологии опухоли.

3. Средняя продолжительность жизни у пациентов с метастазами в лимфатические узлы шеи без первичного очага, получивших комбинированное лечение с применением быстрых нейтронов, составили 37,3 ± 4,2 мес, комплексном – 34,6 ± 4,0, химиолучевом – 14,4 ± 2,6. В контрольной группе соответственно 30,3 ± 3,2; 32,6 ± 2,0 и 13,4 ± 2,8 мес.

4. Трехлетняя общая выживаемость в основной группе пациентов, которые получили курс лучевой терапии с применением быстрых нейтронов, составила 62%, 5-летняя – 42%. В контрольной группе эти же показатели составили 29% и 0 соответственно.

Оценка спектра мутаций в генах BRCA1/2 у пациенток с клиническими признаками наследственного рака молочной железы

Богомолова О.А., Водолажский Д.И., Шатова Ю.С., Верескунова М.И., Кучкина Л.П., Луганская Р.Г., Черникова Е.Н., Бакулина С.М.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Весомый вклад в развитие рака молочной железы (РМЖ) вносит наследственная предрасположенность к этому заболеванию, которая составляет от 5 до 10% случаев. Наибольшее значение для практического использования в ДНК-диагностике наследственных форм РМЖ имеет обнаружение мутаций в генах BRCA1/2, относящихся к сложному комплексу системы репарации ДНК. Определение мутаций в этих генах играет важную роль как для уже заболевших пациентов, так и для носителей дефектного аллеля, что позволяет формировать клинические группы риска. Важно отметить, что молекулярные варианты генов BRCA могут значительно варьировать в разных странах и этнических группах.

Нами был проведен молекулярно-генетический анализ мутаций в 6-ти локусах генов BRCA1/2: 185delAG, 300T > G (C61G), 2080delA, 4154delA, 5382insC, 6174delT. В иссле-

дование было включено 169 пациенток с установленным диагнозом и клиническими признаками наследственного РМЖ проходивших лечение в стационаре ФГБУ «РНИОИ». Методом пиросеквенирования в 22 случаях были выявлены мутации в гене BRCA1, что составило 13%. Из проанализированного спектра мутаций, определенно три типа: BRCA1 5382 insC в 81,8%, BRCA1 300T > G – 13,6% и в одном случае была выявлена мутация BRCA1 4154delA, что составило 4,5% от всех мутаций. Мутации в гене BRCA2 в рамках нашего исследования не обнаружены.

При оценке роли клинических составляющих признаков наследственного РМЖ обнаружено, что у 10-ти пациенток с сочетанием двух признаков наследственного РМЖ во всех случаях присутствовали мутации в гене BRCA1. У четырех пациенток с мутацией 5382insC в гене BRCA1 наблюдалось сочетание трех клинических признаков наследственного РМЖ (молодого возраста манифестации заболевания, онкологически отягощенного анамнеза и синхронного или метахронного рака). Одна пациентка, носительница мутантного аллеля имела в личном анамнезе рак яичников.

Определение мутаций в данных генах дает возможность формировать группы риска здоровых носителей мутантного аллеля, а также создавать ряд мероприятий, направленных на предупреждение и раннюю диагностику наследственной патологии. У пациентов с диагнозом наследственный РМЖ по результатам молекулярно-генетического тестирования необходимо менять тактику лечения, что позволит проводить персонифицированную терапию онкологических заболеваний.

Молекулярная характеристика метастатического потенциала немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) и рака желудка

Богуш Т.А., Пономаренко Е.А., Дудко Е.А., Мамичев И.А., Гришанина А.Н., Новиков Д.В., Полоцкий Б.Е., Давыдов М.М.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Введение. Одной из важнейших молекулярных характеристик эпителиальных опухолевых клеток является экспрессия *de novo* мезенхимального белка виментитна (Вим) – так называемый эпителиально-мезенхимальный переход (ЭМП), который рассматривают как один из показателей метастатического потенциала опухолей. В настоящем исследовании проведена сравнительная оценка уровня ЭМП в ткани НМРЛ и рака желудка.

Материалы и методы. Количественный иммунофлуоресцентный анализ уровня ЭМП в ткани 63 хирургических образцов НМРЛ и 33 образцов рака желудка проведен по процентному содержанию эпителиальных клеток, коэкспрессирующих цитокератин (ЦК) и Вим (двойное флуоресцентное окрашивание), относительно общего числа исследованных опухолевых клеток, экспрессирующих ЦК. Использованные антитела: 1) первичные к общему ЦК (клон MNF116, DAKO) и к Вим (клон SP20, BIOCARE); 2) вторичные DyLight488 (ab98726) и DyLight650 (ab98510). Точечные диаграммы распределения клеток в зависимости от интенсивности флуоресценции в разных каналах на проточном цитофлуориметре получены с помощью программы WinMDI 2.9. Статистическая обработка данных проведена с использованием t-критерия Стьюдента в программе STATISTICA 6.0.

Результаты. 1. В ткани НМРЛ выявлен широкий спектр значений уровня ЭМП. В целом по группе средний уровень показателя составил 37,9 ± 20,8% (4% – 92%). Опухоли с уровнем коэкспрессии ЦК и Вим ниже и выше 50% выявлены в 70% и 30% случаев, при среднем значении показателя в этих подгруппах – 26,8 ± 12,4% и 63,3 ± 11,8% соответственно. 2. В ткани рака желудка уровень ЭМП был единообразно высоким, со средним значением по группе 68,5 ± 13,3% (26% – 92%), что почти в 2 раза выше, чем в ткани НМРЛ ($p = 0,007$). В 94% случаев выявлены опухоли с экспрессией ЭМП более чем в 50% клеток. В этой подгруппе среднее количество клеток, коэкспрессирующих Вим и ЦК составило 70,5 ± 10,4% (54% – 92%).

Заключение. Выявлены отличия в уровне коэкспрессии ЦК и Вим в ткани немелкоклеточного рака легкого и рака желудка, что является отражением различий вклада этой молекулярной характеристики в метастатический потенциал исследованных опухолей.

Поддержано грантами РФФИ (15-04-06991-а, 16-34-01049-мол-а) и Президента РФ МК-7709.2016.7.

Эндосальпингоз надключичного лимфатического узла

Борисова О.В., Волченко Н.Н.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Москва

Пограничные опухоли яичников (ПОЯ) нередко сочетаются с эндосальпингозом. Эндосальпингоз лимфатических узлов у пациентов с ПОЯ встречается в 20–30% наблюдений. Чаще поражаются лимфатические узлы ниже диафрагмы. Случаи поражение лимфатических узлов выше диафрагмы описаны единичные.

Наблюдение: у 22-летней пациентки при обследовании выявлена опухоль яичника, жидкость в брюшной полости и увеличенный надключичный лимфатический узел. Произведена пункция надключичного лимфатического узла. При цитологическом исследовании среди лимфоидных элементов имелись немногочисленные скопления клеток железистого эпителия с нерезко выраженными признаками атипии, что цитологически расценено как метастаз высокодифференцированной аденокарциномы. Во время операции при срочном гистологическом исследовании опухоли яичника установлена серозная ПОЯ. Интраоперационно также исследована асцитическая жидкость, срочное цитологическое исследование было допол-

нено срочным иммунофлюоресцентным исследованием с эпителиальным маркером Ber-EP4, выявившем наличие комплексов ПОЯ в выпоте. Произведена резекция яичника, большого сальника, диссеминатов брюшины, иссечение надключичного лимфатического узла. При плановом гистологическом исследовании диагностированы неинвазивные импланты ПОЯ по брюшине малого таза. В надключичном лимфатическом узле при плановом гистологическом исследовании имелись тубулярные и кистозные структуры, выстланные кубическим столбчатым эпителием, на отдельных участках отмечались папиллярные разрастания в просвете кисты, что диагностировано как эндосальпингоз лимфатического узла. Эта проблема усугубляется тем, что эндосальпингоз и опухоли яичников часто сосуществуют совместно, что объясняется патологией мюллерова эпителия. При всех этих процессах в 50–60% отмечается мутация гена KRAS.

Заключение. Лимфатические узлы, пораженные эндосальпингозом, следует дифференцировать с метастазами ПОЯ, высокодифференцированного серозного рака яичников, а также с метастазами рака щитовидной железы, молочной железы, легкого и т.д. Иммуногистохимические маркеры мюллерового эпителия CK7, Pax8 и WT-1.

Поражение лимфатических узлов эндосальпингозом не оказывает неблагоприятного влияния на общую выживаемость пациентов с ПОЯ, но по сведениям отдельных авторов уменьшаются сроки безрецидивной выживаемости.

Предикторная роль исходного SUVmax для прогнозирования эффективности стереотаксической радиотерапии больных раком легкого I-II стадии

Борисова Т.Н., Назаренко А.В., Ткачев С.И., Иванов С.М., Мещерякова Н.А., Герасимов Ю.А., Лораева С.А.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Стереотаксическая радиотерапия (СРТ) больных раком легкого I–II стадии – признаная альтернатива хирургическому лечению функционально неоперабельных пациентов, с умеренной токсичностью и высокой эффективностью в достижении локального контроля. Однако остается ряд нерешенных вопросов, связанных с прогнозированием эффективности лечения, а интеграция в процесс планирования ПЭТ/КТ вносит информацию о биологии опухоли и расширяет поиск предикторов прогноза.

С 2014 г. в РОНЦ получили лечение в объеме СРТ 33 больных раком легкого клинической I–IIa стадии (cT1N0M0 – 12 больных, cT2N0M0 – 21 больной). Большинство пациентов (30) признаны функционально неоперабельными по сопутствующей бронхолегочной патологии, 3 отказались от операции. Треть пациентов (10) имели в анамнезе метахронные первично-множественные опухоли, у 31 больного определялись периферические формы рака легкого. Планирование объемов облучения осуществлялось с использованием методики 4D КТ, наложения снимков ПЭТ/КТ с определением метаболического и морфологического объема. Использованные варианты фракционирования: 10Гр × 5 фракций и 7Гр × 8 фракций – BED100.

При медиане прослеженности – 21 мес (диапазон 3 – 37мес) у 4 больных (12%) в течение первого года отмечено локо-регионарное и отдаленное прогрессирование, из них 2 больных умерли. Один больной умер от осложнений лечения, один от прогрессирования второй опухоли в течение года. Локальный контроль 1- и 2-летний составил 94%. Общая и безрецидивная 1-и 2-летняя выживаемость 84% (95% ДИ, 70–99) и 83,2% (95% ДИ, 70,5–99) соответственно. При однофакторном анализе прогностических факторов выявлено достоверное влияние на прогноз режима фракционирования ($p = 0,04$), и близкое к достоверности влияние исходного уровня SUVmax ($p = 0,07$)

СРТ является неинвазивной альтернативой оперативному лечению больных клинической I–II стадии НМРЛ, однако лишена преимущества хирургического лечения в точном послеоперационном стадировании процесса по категории N. Возможность наличия «скрытых» для ПЭТ/КТ метастазов в лимфоузлах средостения делает поиск предикторных факторов задачей, определяющей исход лечения. SUVmax можно считать одним из возможных предикторов наличия «скрытых» метастазов и перифокального микроскопического распространения опухоли, обуславливающее ранее прогрессирование после СРТ, что позволит в дальнейшем реализовывать концепцию риск-адаптивной лучевой терапии.

Оценка качества цитологического скрининга рака шейки матки, проводимого в женских смотровых кабинетах Челябинской области в 2010–2015 гг.

Бочкова А.Г., Доможирова А.С.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

В современной диагностике ЗНО шейки матки важное значение имеет организация качественной цитологической диагностики, т.е. активного цитологического скрининга, достоверность которого не зависит от стадии заболевания и может составлять 89,7–96,3%. Благодаря высокой информативности, простоте, легкости и безопасности получения материала, цитологическое исследование широко применяется в системе массовых профилактических осмотров.

В Челябинской области функционируют 163 смотровых кабинета, из них женских смотровых – 98.

С применением цитологического метода в смотровых кабинетах области обследовано от 83% в 2011 г. до 94,3% в 2015 г. женщин, при том, что охват цитологическим обследованием должен «стремиться» к показателю, равному 100%.

Общее количество взятых цитологических мазков за указанный период времени составило около 2,4 млн (в среднем более 400 тыс. мазков в год).

Цитологическим методом злокачественный процесс шейки матки в 2010 г. был установлен в 52 случаях (0,01% обследованных), тогда как в 2015 г. – в 82 (0,02% обследованных). Важно понимать, что точность цитологического теста вариабельна и зависит от многих объективных и субъективных факторов, таких как методика забора материала, техника приготовления мазков, квалификация цитолога.

В ежегодных отчетах смотровых кабинетов, в качестве одного из критериев оценки качества их работы выступает показатель информативности цитологического исследования. По данным отчетов смотровых кабинетов Челябинской области, максимальный процент неинформативных цитологических исследований в 2012 г. составил 1,6% (5758 мазков), минимальный в 2015 г. – 1,2% (5341 мазков). Таким образом, на сегодняшний день отмечена положительная тенденция в снижении числа неинформативных цитологических мазков, что говорит о совершенствовании профессиональных навыков у работников смотровых кабинетов.

Приведенные данные диктуют о необходимости дальнейшего совершенствования цитологического скрининга в регионе, а именно: использование метода жидкостной цитологии, создание компьютерного учета контингента женщин, подлежащих скринингу, контроль за процентом охвата скринингом прикрепленного населения. обеспечение ежегодной сменяемости контингента женщин, проходящих скрининг и снижение общего числа неинформативных цитологических мазков.

Состояние онкологической помощи больным раком шейки матки в Челябинской области в 2005–2015 гг.

Бочкова А.Г., Доможирова А.С., Аксенова И.А.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

В течение последних 10 лет в Челябинской области показатели заболеваемости и смертности от ЗНО шейки матки имеет тенденцию к росту, о чем свидетельствует увеличение стандартизованных показателей с 12,7 до 16,9 и с 5,7 до 6,5 соответственно. Общее число впервые выявленных случаев ЗНО шейки матки в 2015г. составило 442 случая, что на 22% больше по сравнению с 2005 г. (345 случаев). Однако положительным моментом в работе онкослужбы региона можно назвать тот факт, что за анализируемый период произошло снижение показателя одногодичной летальности при данной онкопатологии. Так, в РФ данный показатель снизился на 4,3%, тогда как в Челябинской области на 6,5%. И в этом большая заслуга слаженной и приемственной работы сотрудников смотровых кабинетов, врачей акушеров-гинекологов и онкологов.

Из общего числа заболевших ЗНО шейки матки 62,8% составили женщины трудоспособного возраста, при этом максимальные возрастные показатели заболеваемости зарегистрированы в возрастной группе 40–44 лет (56,6 на 100 тыс. населения).

Удельный вес активно выявленных случаев ЗНО шейки матки в области имеет устойчивую тенденцию к росту и лишь немногим уступает среднероссийским показателям: в 2005 г. доля активно выявленных случаев ЗНО шейки матки составила 25%, в 2015 г. – 33,3% (в РФ – 27,4 и 37,4 соответственно).

Доля случаев ЗНО шейки матки, выявленных в I–II стадиях, в регионе существенно ниже, а удельный вес заболеваний, выявленных в III и IV стадиях, выше, чем в среднем по стране. В сравнении с 2005 г. в 2015 г. в области в III–IV стадии выявлено 51,4 и 51,3% случаев ЗНО шейки матки, против 38,7 и 34,6% в РФ соответственно.

В Челябинской области за последние 10 лет выросло качество оказания специализируемой медицинской помощи больным с ЗНО шейки матки, а именно: комбинированное или комплексное лечение в 2005 г. получили 48,6% пациенток, тогда как в 2015 г. – 62,7%. Удельный вес хирургического метода как самостоятельного вида лечения при онкопатологии шейки матки продолжает расти: в 2015 г. он составил 17,9 против 9,7% в 2005 г.

Таким образом, первоочередной задачей по снижению заболеваемости и смертности от ЗНО шейки матки в Челябинской области является совершенствование программ по профилактике, раннему выявлению и эффективному лечению этой патологии.

Роль смотровых кабинетов Челябинской области в раннем выявлении злокачественных новообразований шейки матки

Бочкова А.Г., Доможирова А.С., Аксёнова И.А.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Одной из форм профилактических осмотров населения с целью ранней диагностики опухолевых и предопухолевых заболеваний служит работа смотровых кабинетов.

В Челябинской области на конец 2015 г. активно функционировало 163 смотровых кабинета (в 2010 г. – 147), из них женских смотровых – 98.

На сегодняшний день перед онкослужбой области как нельзя остро стоит задача выявления ЗНО шейки матки на ранних стадиях, т.к. доля больных с III–IV стадиями составляет более 50% (2010 г. – 53,2%; 2015 г. – 51,3%), что на 16,1% выше аналогичного показателя по Уральскому ФО (38,9%) и на 19,4% выше, чем в среднем по России (35,6%) и это при том, что ЗНО шейки матки относится к визуальным локализациям.

Нами был проведен анализ работы женских смотровых кабинетов Челябинской области за 2010–2015 гг.

Ежегодно в смотровых кабинетах обследуется большое количество женщин, причем этот показатель постепенно увеличивается (с 444 тыс. в 2010 до 490 тыс. в 2015 гг.). Удельный вес лиц женского пола, осмотренных

в смотровых кабинетах области от числа впервые обратившихся в поликлинику в 2010–2014 гг., составил 60,5% и лишь в 2015 г. можно наблюдать прирост данного показателя на 12%, т.е. 72%.

Активная выявляемость ЗНО шейки матки в 2010г. составила 12,5%, то в 2015 г. при этом виде профосмотров было выявлено 18% от числа всех впервые выявленных случаев ЗНО шейки матки.

Стадийная структура выявленных случаев ЗНО шейки матки в смотровых кабинетах превышает таковую, характерную для Челябинской области в целом: если в 2010 г. процент активного выявления опухолей шейки матки I–II стадий в смотровых кабинетах составил 51,9%, то в 2015 г. эта цифра составила 56,3% (против 45,5 и 48,4 соответственно) и это с учетом того, что текущая загруженность в них составляет 53–57% от возможного уровня.

Самый низкий процент запущенных форм ЗНО шейки матки (III–IV) был выявлен в смотровых кабинетах области в 2015 г. – 43,7%, максимальный процент в 2011 г. – 57,9%.

Таким образом, улучшение качества проводимых профилактических осмотров среди женского населения области и диагностирование локализованных стадий опухолей шейки матки – приоритетные задачи в работе онкологической службы региона.

Значение факта повышения стадии заболевания после оперативного лечения первично операбельного рака молочной железы

Булынский Д.Н., Терешин О.С., Удовиченко И.В., Мигранова Н.В., Самылов В.В.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

В рутинной онкологической практике, проведя все стандартные исследования, мы не можем быть полностью уверены в правильной оценке местной распространенности (N) рака молочной железы (РМЖ). Нередко по результату гистологического исследования операционного материала стадия меняется с I–II до III (с N0-1 до N2-3), что ретроспективно должно было бы переводить пациенток в первично неоперабельную группу. Цель исследования – оценить общую и безрецидивную выживаемость пациенток, значимое поражение регионарных л/у, у которых было определено только при исследовании операционного материала. Материалы и методы. Пациентки с первичным раком молочной железы, пролеченные в ГБУЗ ЧОКОД в 2006 г. После операции стадия была изменена с I–II до III у 42 из 423 первичных пациенток (10%). 32 прослежены, они составили исследуемую группу. Средний возраст – 55 лет (32–81). Отягощенный наследственный онкоанамнез у 5 (15%). Профессиональный контакт с химическими канцерогенами у 5 (15%). Проведено следующее лечение: мастэктомия Пейти/ Маддена у 28 (87,5%), радикальная секторальная резекция у 4 (12,5%), 1 – с ИОЛТ. Далее в сроки от 15 до 40 дней после операции все пациентки получили ПХТ (схемы FAC, AC) и ДГТ. Гормонотерапия назначена у 25 (78%). Контрольная группа – N = 26, у которых РМЖ IIIA ст. диагностирован изначально и лечение начато с ПХТ (FAC, AC, CMF у 1). Средний возраст – 47 лет (24–68). Отягощенный наследственный анамнез у 2 (7%). Профессиональные вредности отмечены у 5 (20%). После ПХТ мастэктомия Пейти/ Маддена произведена в 24 случаях (92,3%), радикальная секторальная резекция – в 2 (7,7%) (обе с ИОЛТ). ДГТ проведено до или после операции. Гормонотерапия у 20 (77%). При медиане наблюдения 10 лет и 2 месяца, в исследуемой группе прогрессирование у 14 (43%), генерализация у 9 (28%) и местный рецидив у 5 (15%), 5- и 10-летняя выживаемость составили 27 (84%) и 11 (34%). В контрольной группе прогрессирование отмечено у 9 (35%) случаев (генерализация у 7 (27%) и местный рецидив у 2 (8%), 5- и 10-летняя выживаемость – 21 (80%) и 9 (32%) соответственно.

Выводы. При условии начала ПХТ в ранние сроки после операции, факт выявления значимого поражения регионарных л/у и повышение стадии с T1-3 N0-1 до T1-3 N2-3 не имел негативного влияния на общую выживаемость. Оценка значения подобного рестадирования при различных биологических подтипах РМЖ требует дальнейшего изучения.

Этапы разработки и внедрения новой версии канцер-регистра с расширенной информационной базой данных на базе многопрофильного стационара

Бутенко А.В., Виноградова Н.Н., Тимашков Д.А., Простов М.Ю., Заев С.Н.

Центральная клиническая больница с поликлиникой УД Президента РФ, Москва

За последние годы в Центральной клинической больнице ежегодно проходит лечение более 7000 пациентов с диагнозом злокачественного новообразования, среди них более 1000 – пациенты с впервые выявленным диагнозом опухоли. Больница располагает обширной базой для лечения пациентов, практически со всеми нозологическими формами злокачественных новообразований. ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» оказывает все виды высокотехнологичной помощи онкологическим больным, включая хирургическое лечение, лучевую терапию и лекарственное лечение.

Средства вычислительной техники в работе Канцер-регистра ГМУ используются с 1987 года. Программно-техническая среда обработки данных прошла несколько этапов модернизаций и в настоящее время представляет собой развитую сетевую структура с мощными вычислительными и коммуникационными возможностями. В настоящее время в медицинских учреждениях ГМУ проводится масштабный комплекс мероприятий по переходу на новое типовое программное обеспечение для канцер-регистров России. Это программное обеспечение разработано в соответствии с «Руководством ВОЗ по стандар-

тизации больничных регистров рака», а также с использованием как отечественных классификаторов хирургических операций, морфологических диагнозов, химио- и гормональных препаратов, так и международных классификаторов, таких как МКБ-Х, TNM и других, предусмотренных приказом №135 и удовлетворяет требованиям совместимости данных с Российским государственным канцер-регистром, а также с международными регистрами Рака.

Внедрение новой системы позволит повысить качество учета больных со злокачественными новообразованиями и, как следствие, качество отчетной информации, для верификации которой в систему встроены специальные запросы и введены условия контроля, исключающие искажение базы данных электронных историй болезни онкологических больных.

Особенности оказания онкологической помощи пациентам пожилого и старческого возраста – новое решение проблемы

Бутенко А.В., Тимашков Д.А.

Центральная клиническая больница с поликлиникой УД Президента РФ, Москва

Тенденция к увеличению общей продолжительности жизни в развитых странах может привести к выявлению в 2030 г. около 70% всех онкологических заболеваний у пациентов старше 65 лет. Прогрессирующее увеличение возрастных онкологических больных становится в некотором роде своеобразной проблемой современного общества – подавляющему большинству онкологических больных старших возрастных групп отказывают в специфическом противоопухолевом лечении. Вместе с тем, хронологический возраст сам по себе не влияет на ожидаемую продолжительность жизни, функциональные резервы и возможные риски развития осложнений противоопухолевого лечения. В 2015–2016 гг. в ФГБУ ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ различные варианты стационарного противоопухолевого лечения (хирургическое, лекарственное, радиотерапевтическое, комбинированное) проведено 5514 онкологическим пациентам. Возраст 72,5% госпитализированных больных превысил 60 лет: 29,9% – от 60 до 69 лет, 28,7% – от 70 до 79 лет и 14,0% – 80 лет и старше. Учитывая преобладание в изучаемой группе больных пожилого и старческого возраста (по классификации ВОЗ), возникла необходимость объективизации прогноза течения и исхода заболевания, исходя из особенностей онкологического процесса и гериатрической составляющей. Нами была разработана программа оптимизации онкологической помощи гериатрическим пациентам (программа ГЕРИОНКО), основанная на применении алгоритма объективизации процесса принятия решения по лечению онкологического заболевания у гериатрического больного с высоким уровнем доказательности. Тщательный отбор больных для проведения онкологического лечения осуществляется экспертной группой, в состав которой входит лечащий врач – врач-онколог по профилю заболевания, химиотерапевт, радиотерапевт, гериатр, врач-специалист в зависимости от коморбидности (кардиолог, невролог, эндокринолог и т.д.). Результатом данного пилотного проспективного исследования будет возможность получить ответы на ключевые вопросы гериатрической онкологии: прогностические расчеты развития осложнений противоопухолевого лечения, зависимость ожидаемой онкологической выживаемости в зависимости от результатов ГО, влияние результатов ГО на выбор метода противоопухолевого лечения.

Возможности и перспективы онкологического регистра с расширенной информационной базой данных в многопрофильном стационаре

Бутенко А.В., Тимашков Д.А., Виноградова Н.Н., Денисов Д.Б., Заев С.Н.

Центральная клиническая больница с поликлиникой УД Президента РФ, Москва

В Центральной клинической больнице УД Президента РФ созданы реальные возможности решения ряда конкретных задач по оценке эффективности оказания медицинской помощи онкологическим больным. Для этого в течение многих лет функционирует специально созданное подразделение – Канцер-регистр (КР). Свою работу он координирует с онкологическими отделениями стационара, онкологическими кабинетами поликлиник, патологоанатомическим отделением и другими службами. Данные выверяются по каждому случаю заболевания, исключаются случаи недоучета больных, а также дублирование информации. Онкологическая служба и ряд специализированных отделений заинтересованы в получении оперативной, полной и достоверной информации об онкологических больных, доступной в режиме реального времени в рамках автоматизированной системы «КР». В настоящее время ведутся работы по адаптации к условиям медицинских учреждений ГМУ типовой системы Министерства Здравоохранения для ведения Ракового Регистра. Эта система предполагает четкое распределение функций и обработки запросов из различных учреждений (регистр ↔ поликлиника, регистр ↔ стационар, регистр ↔ патологоанатомическая служба, регистр ↔ Главный онколог). Централизованный сбор и обработка данных значительно повысит качество и оперативносить оценки эффективности работы онкологической службы. Онкологическая патология обладает определенной специфичностью, в связи с чем анализ работы многопрофильного стационара, занимающегося лечением онкологических больных, требует разработки специальных методик расчета показателей и их оценки (повторные и первичные больные, длительное лечение больных прерывистыми циклами, прослеживание отдаленных результатов лечения больных и т.д.). Анализ стандартных отчетных форм поликлиник и стационаров не позволяет получить исчерпывающую информацию, характеризующую

работу отдельных специализированных подразделений. Для углубленного и качественного анализа работы многопрофильного стационара необходимо дополнительно разработать постоянно действующую систему мониторинга показателей выживаемости и ее наиболее значимый критерий – показатель безрецидивной выживаемости. В системе ГМУ обследование и лечение онкологических больных проводится в 8 поликлиниках.

Эффективность комплексной эндоскопической диагностики центрального рака легкого

Былин М.В., Черемисина О.В., Панкова О.В., Афанасьев С.Г.

Томский НИИ онкологии, Томск; Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск

Проведена оценка диагностической эффективности уточняющих эндоскопических методов у больных с первичным центральным раком легкого. В исследование включены 73 пациента с объемными образованиями, подозрительными на опухоль, а также центральным (ЦРЛ) и периферическим раком легкого, выявленными при СКТ, средний возраст – 55,3 года. После СКТ выполнялось видеобронхоскопия (ВБС) с применением режимов WLI, аутофлуоресценции и узкого спектра, результаты которых сопоставляли с данными морфологического анализа. Использовали видеоэндоскопические комплексы EVIS EXERAII и LUCERA. При WLI диагноз центрального рака легкого уставлен в 63 (86,3%) достоверно исключен – 2 (2,7%) случаях. В 8 (10,9%) случаях сделать однозначное эндоскопическое заключение не представлялось возможным. При исследовании в режиме AFI диагноз центрального рака легкого уставлен в 68 (93,2%), достоверно исключен – 2 (2,7%) случаях. В 3 (4,1%) случаях заключение носило дифференциально-диагностический характер. При эндоскопическом исследовании в режиме NBI диагноз центрального рака легкого уставлен в 71 (97,3%), достоверно исключен – в 2 (2,7%) случаях. Патологический сосудистый рисунок наблюдался в участках бронхиального дерева с выраженным сиреневым свечением при AFI. Верификация диагноза получена у 71 (97,3%) больного. В 2 (2,7%) случаях, при рентгенологическом заключении периферический рак, в просвете бронхов выявлены признаки перибронхиальной инфильтрации и получено гистологическое заключение о злокачественной опухоли. В 2 (2,7%) случаях при диагнозе направления ЦРЛ, при комплексном эндоскопическом исследовании в просвете бронхов не выявлено признаков опухоли, что подтверждено морфологически. Диагностическая эффективность: чувствительность и точность стандартной ВБС – 86,3 и 89,1%, при использовании AFI – 93,2% и 97,1%, при ВБС с применением WLI, AFI, NBI – 100 и 100% соответственно. Таким образом, включение в алгоритм бронхологического исследования режимов AFI и NBI позволило увеличить показатели специфичности и точности до 100% и обеспечить прицельную биопсию с морфологической верификацией у всех больных. Эндоскопическими симптомами ЦРЛ являются выраженное сиреневое свечение в режиме AFI и деформация сосудистого рисунка слизистой оболочки бронхов в режиме NBI – короткие утолщенные (42,5%) и вытянутые деформированные сосуды (26,0%), петлистый характер сосудистых структур (10,9%).

Развитие ядерной медицины в Уральском федеральном округе

Важенин А.В., Доможирова А.С., Редин Е.В., Кузьмина Л.И., Рыжий А.П.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

В связи с ростом заболеваемости и возрастающими требованиями к диагностике, лечению, качеству жизни онкологических больных, развитие ядерной медицины позволит значимо снизить показатели смертности, а также повысить процент лиц, успешно продолжающих трудовую деятельность. Реалии современности таковы, что отмечается практически полное замещение отечественных радиотерапевтических аппаратов продукцией зарубежных производителей и потеря компетенции в российском приборостроении, что в условиях сохраняющейся экономической обстановки представляется крайне невыгодным и стратегически небезопасным. За относительно небольшой промежуток времени был потерян ряд направлений, в том числе производство радионуклидов для клинического использования. Сегодня отечественное сырье с успехом закупается другими государствами, дорабатывается до товарного вида и вновь поступает в российские клиники по многократно увеличенной стоимости. Челябинская область и УрФО в целом существенно отличаются накопленным опытом в данной области от других регионов и представляет из себя развитый кластер ядерной медицины. В 2009 г. здесь организован первый окружной онкологический центр (в Челябинской области), где сосредоточен комплекс высокомощной и уникальной радиологической техники, и методик. Сформирована многофункциональная лечебно-диагностическая и образовательная база УрФО. В территориях ГК «Росатом» ведутся активные работы по производству радионуклидов медицинского назначения. Готовые производственные мощности военно-промышленного комплекса Уральского округа позволяют уверенно прогнозировать развитие ядерных медицинских технологий и в дальнейшем. В 2016 г. при поддержке полномочного представителя Президента РФ в УрФО создана рабочая группа по развитию ядерных медицинских технологий в округе. В состав группы вошли ученые и практики регионов УрФО по направлениям: «Фундаментальная наука», «Медицинской образование», «Техническое образование», «Ядерные технологии», «Клиника». Отсутствие координирующих организационных связей между медицинскими, научными организациями, органами управления здравоохранения и исполнительной власти регионов, от-

сутствия интереса к решению проблемы со стороны последних, а также отсутствия взаимодействия с промышленными и производственными структурами не позволяет двигаться вперед и развивать данное направление, а также использовать рационально уже имеющиеся возможности.

Лимфопролиферативные новообразования с поражением желудочно-кишечного тракта. Особенности диагностики и лечения. Наш собственный опыт

Важенин А.В., Ершова М.Н., Ворошина Н.В., Фадеева Н.В., Павленко Е.С.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Введение. При большом разнообразии клинических вариантов неходжкинских лимфом (НХЛ) особое место занимают экстранодальные проявления болезни, составляя до 40%.

Органы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются наиболее частой экстранодальной локализацией; частота поражения составляет 4–20% от всех клинических форм НХЛ и 30–45% от экстранодальных проявлений. В патологический процесс чаще всего вовлекается желудок, до 60% случаев. Отмечено, что при поражении желудка более встречаемыми являются два гистологических варианта: ДБККЛ и MALT-лимфома.

Цель работы: анализ диагностики и лечения лимфопролиферативных процессов с поражением ЖКТ.

Материалы и методы. Проведен анализ пациентов, состоящих на учете в ГБУЗ ЧОКОД в период с 2013–2015 гг., с лимфомами. Поражение органов ЖКТ диагностировано у 55 человек, что составило 10% пациентов от общего потока пациентов с НХЛ. Поражение ЖКТ лимфомой Ходжкина не зарегистрировано.

Медиана возраста 57 лет (28–79). Распределение по стадиям и гистологическим вариантам: 1 стадия – 17 человек (30%), 2 стадия – 5 человек (9%), 3 стадия – 3 человека (5%), 4 стадия – 54 человека (54%), ДБККЛ – 39 человек (70%), MALT – 9 человек (16%), лимфома зоны мантии – 4 человека (7%), пролимфоцитарный вариант – 1 человек, Т-клеточная лимфома 1 человек, лимфома Бёркита 1 человек. Поражение хеликобактерией: 39 человек – статус неизвестен, 10 человек – отрицательный статус, 3 человека – контаминация helicobacter pylori, 6 человек – поражение кишечника (у 2 поражение желудка и кишечника).

Собственный опыт: проведение 1 линии стандартного лечения: 4–8 циклов ПХТ по схемам: CHOP, CVP, COP, mini-CHOP +/- терапия ритуксимабом. 10 человек получили лечение по поводу рецидива болезни DHAP, CEP, GDP, GVD. 6 пациентам рекомендована симптоматическая терапия.

Выводы. Внимательный подход к диагностике лимфопролиферативных заболеваний с поражением органов желудочно-кишечного тракта позволяет: оптимизировать объем специального лечения, избежать хирургического этапа и в ряде случаев химиотерапевтического лечения, снизив риск осложнений, увеличить качество и продолжительность жизни пациента, безрецидивную выживаемость, с экономической позиции снизить затраты на лечение и обследование пациента.

Рак шейки матки, ассоциированный с беременностью

Важенин А.В., Шамина О.М., Ворошина Н.В., Аржанникова Д.Ф., Павленко Е.С.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Рак шейки матки (РШМ) занимает 1 место среди злокачественных опухолей, ассоциированных с беременностью. Частота выявления составляет 1 случай на 2500 родов, что выше, чем при раке молочной железы. Среди больных раком шейки матки частота сочетания с беременностью составляет 1–3%, т.е. каждый 50 случай.

Цель исследования. Изучение сроков выживаемости при сочетании беременности и рака шейки матки.

Результаты исследования. При анализе амбулаторных карт ГБУЗ ЧОКОД за период с 2006 по 2015 гг., было выявлено 80 пациенток с диагнозом РШМ, ассоциированного с беременностью. Из них у 33 пациенток диагноз РШМ был выставлен после родоразрешения, у 28 – вовремя или после прерывания беременности (аборт/самопроизвольный аборт), у 19 – непосредственно во время беременности. Средний возраст: 31,2 года. В нашем исследовании превалировала III стадия заболевания, которая составила 56%. Гистологическое строение преимущественно представлено плоскоклеточным раком (75%), реже железистым раком – 4%. Основными симптомами после родов являются: влагалищное кровотечение – 42,2% и боли – 27,3%. После прерывания беременности у пациенток жалобы отсутствовали более, чем в половине случаев. Из 80 пациенток 71 пациентка прошла лечение. 17 пациенток начали лечение с ДЭК шейки матки. 52 пациентки начали лечение с НАПХТ (FP, LFP, CAP). 2 пациентки были радикально прооперированы с последующим послеоперационным курсом ДГТ. 9 пациенток не получили никакого лечения, в связи с тяжестью состояния, распространенностью процесса, при котором специальные методы лечения были противопоказаны.

Непосредственные и отдаленные данные выживаемости пациенток. При Ca *in situ* выживаемость составила 100%. При I стадии заболевания 1-летняя выживаемость 100%, 3- и 5-ти летняя 84%. При II стадии 1-летняя 100%, 3-х и 5-ти летняя 82%. При III стации 1-летняя – 82,2%, 3-х летняя 37,7%, 5-ти летняя 24,4%. При IV стадии заболевания (1 случай) пациентка погибла через 3 месяца после установления диагноза.

При сопоставлении данных заболеваемости и смертности у пациенток с РШМ, ассоциированным с беременностью и у небеременных пациенток было выявлено, что

ни заболеваемость, ни смертность у пациенток с РШМ, ассоциированным с беременностью не превышают показателей заболеваемости и смертности у небеременных женщин.

Применение системы «кибер-нож» в лечении больных метастатичесикм колоректальным раком

Важенин И.А., Зайков А.А., Чайченко Д.В., Привалов А.В., Галямова Ю.В., Антонов А.А.

Челябинский областной онкологический диспансер, Челябинск

Актуальность. В настоящее время резекция печени является стандартом в лечении пациентов с поражением этого органа, что позволяет добиться увеличения продолжительности жизни больных. Комбинация хирургического и стереотаксического методов позволила провести полноценное лечение пациентов данной группы. Метод заключается в совмещении резекции печени и облучении маркированных очагов в «ремнанте», что предотвращает развитие послеоперационной печеночной недостаточности, которая является наиболее грозным осложнением при резекциях печени. Безопасность этого метода делает его одним из вариантов выборы при лечении пациентов с обширным метастатическим поражением печени. Проведение стереотаксической радиохирургии на метастатические образования печени приводит к достижению показателей локального контроля в течение 1 и 2 лет у 95 и 92% больных соответственно, при развитии лучевых реакций III и выше степени всего в 2% случаев.

Клинический пример: Пациент С. 64 лет, поступил в ЧОКОД в августе 2014 года по поводу прогрессирования рака сигмовидной кишки III стадии. По данным МСКТ в печени было выявлено 2 очага – S IV – 19mm, S VII – 54 mm. С учетом обширного метастатического распространения, проведения химиотерапии в анамнезе, пациенту решено выполнить комбинированное лечение – объединить хирургический и стереотаксический методы. Выполнена операция, в объеме – Трисегментэктомия S-VI, VII, VIII + установка «золотых» меток для последующей стереотаксической терапии метастаза в S IVb.

Пациенту проведен курс гипофракционной роботизированной радиохирургии на метастаз в печень в S IVb на системе «КиберНож» с энергией 6МэВ: 3 фракции с РОД = 15Гр до СОД = 45Гр. Проведена контрольная компьютерная томография через месяц после лечения, по ее данным очаг не накапливает контрастное вещество.

В настоящее время пациент получает химиотерапию.

Заключение: данная процедура представляется многообещающей, поскольку лишена ряда недостатков, уже существующих методик. Дальнейшее использование данной методики и оценка результатов позволит определить ее место в лечении пациентов метастатическим поражением печени.

ПЭТ-визуализация злокачественных новообразований органа зрения различной локализации

Важенина Д.А., Важенин А.В., Афанасьева Н.Г. Зотова А.С.

Челябинский окружной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Введение. В диагностике и лечении злокачественных новообразований органа зрения отсутствуют общепринятые стандарты лечения и диагностики, что приводит к позднему первичному обращению больных за помощью и серьезными трудностями в последующей реабилитации. Среди диагностических методов верификации локальной распространенности процесса, выявления регионарных и отдаленных метастазов ПЭТ-КТ является одним из наиболее точных методов лучевой диагностики.

Цель – изучение метаболической активности злокачественных новообразований органа зрения.

Материалы и методы. За период 2011–2015 гг. нами было проведено 52 ПЭТ-КТ исследования 47 пациентам со злокачественными новообразованиями органа зрения (ЗНОЗ): с поражением параорбитальной области было 13 больных, внутриглазными опухолями – 25 и опухолями орбитальной области – 9 больных. Оценка производилась по показателю стандаризованного уровня накопления (SUVmax). Измерения проводились как в области первичного очага (при его наличии), так и в проекции всех метаболически активных образований, расцененных как метастазы.

Результаты. Злокачественные образования параорбитальной области имели метаболическую активность в диапазоне SUVmax 6,8–17,9, средний показатель – SUVmax 14,0 ± 3,9. В образованиях с внутриглазной локализацией метаболическая активность колебалась в пределах 2,2–4,1, в среднем – 3,1 ± 1,2. В орбитальных образованиях SUVmax составлял 9,2–19,7, средний показатель – SUVmax 16,0 ± 4,6. Меланомы сосудистой оболочки глазного яблока обладают низкой метаболической активностью (3,1 ± 1,2).

При генерализации меланомы хориоидеи, экстраокулярные очаги имели метаболическую активность выше (SUVmax 5,0–7,4, в среднем 6,2 ± 2,3), чем в первичном очаге, но более низкую по сравнению с метаболической активностью злокачественных новообразований параорбитальной и орбитальной областей.

Заключение. Меланома хориоидеи при ПЭТ-КТ имеет более низкую метаболическую активность по сравнению со злокачественными новообразованиями органа зрения параорбитальной и орбитальной областей, однако метастазы меланомы хориоидеи обладают высокой метаболической активностью, следовательно, ПЭТ-КТ при меланоме хориоидеи целесообразно применять для оценки распространенности процесса и в меньшей степени – для оценки первичного опухолевого очага. Злокачественные образования орбитальной и параорбитальной областей обладают высокой метаболической активностью.

Осложнения раннего и позднего послеоперационного периода робот-ассистированной радикальной простатэктомии

Васильев А.О., Говоров А.В., Сухих С.О., Котенко Д.В., Пушкарь Д.Ю.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, Москва

Введение. Значительное усовершенствование медицинской техники позволил минимизировать существующие осложнения, частота и количество которых в интра- и послеоперационном периоде у больных, перенесших робот-ассистированную радикальную простатэктомию (РАРПЭ), является универсальным показателем, позволяющим оценить безопасность, успешность, стоимость перенесенной операции, а также обучения медицинского персонала.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ был проведен с включением 512 пациентов, перенесших РАРПЭ. Проведено телефонное анкетирование, заполнение разработанных валидизированных опросников, фиброцистоскопия (при подозрении на наличие стеноза анастомоза), осмотр.

Результаты. Медиана наблюдения в нашем исследовании составила 2,9 (1–6) года. Частота осложнений раннего послеоперационного периода РАРПЭ составляет 29,5%, большая часть из которых соответствует осложнениям Clavien I и II степени. В позднем послеоперационном периоде стриктура везикоуретрального анастомоза (ВУА) диагностирована менее чем у 1% пациентов; количество троакарных, инцизионных и паховых грыж, диагностированных в сроки от 3 мес до 3 лет, составили 0,6, 4,6 и 5,4% соответственно. Установлено, что тазовая лимфаденэктомия увеличивает общую частоту осложнений РАРПЭ в 2 раза. Несостоятельность ВУА и частота гемотрансфузий зависят от размеров предстательной железы. Выполнение реконструкции шейки мочевого пузыря увеличивает риск стриктуры ВУА в 1,5 раза в сравнении с техникой, избегающей данного пособия.

Выводы. Оценка характера и частоты послеоперационных осложнений РАРПЭ позволяет выявить факторы риска, способствующие их развитию. На этапе планирования РАРПЭ пациентам следует с осторожностью назначать неоадъювантную гормональную терапию, поскольку ее применение достоверно приводит к увеличивающую риска несостоятельности ВУА. При диссекции шейки мочевого пузыря необходимо избегать технических приемов, требующих в последующем ее реконструкцию. Ушивание послеоперационных ран необходимо рассматривать как отдельный этап операции. Разработка основных методов профилактики осложнений, а также оценка влияния осложнений на функциональные результаты после РАРП в значительной степени позволит улучшить результаты хирургического лечения больных раком предстательной железы.

Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ МК-5594.2016.7.

Эксперименты *in vitro* и *ex vivo* – залог успешного результата лечения рака предстательной железы при помощи криоаблации

Васильев А.О.[1], Пушкарев А.В.[2,3], Говоров А.В.[1], Цыганов Д.И.[2], Пушкарь Д.Ю.[1]

[1]Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, Москва;
[2]Российская медицинская академия последипломного образования, Москва
[3]Московский Государственный технический университет им. Н.Э. Баумана, Кафедра "Э4", Москва

Введение. Проведение экспериментальных работ по изучению особенностей криодеструкции тканей, а также прецизионное понимание процессов замораживания и оттаивания на каждом этапе криотерапии способны значительно повысить эффективность данной процедуры. Проведенные собственные экспериментальные исследования по изучению холодового воздействия позволили выявить особенности криоповреждающего действия низкой температуры и ее зависимость от использованных различных технических приемов (позиционирования игл по отношению к катетеру, согревающему уретру, к капсуле простаты; выбора скорости / мощности замораживания и пр.).

Материалы и методы. В ходе эксперимента использован аппарат для криотерапии 3-го поколения SeedNet Gold, криоиглы IceSeed или IceRod (17 G – 1,47 мм) и температурные датчики для регистрации температуры в заданных точках. Для замораживания применялся газ аргон, для размораживания – гелий. Исследование проведено на трупной простате и желатиновой модели с использованием не менее 2 циклов замораживания (различных по времени и интенсивности) с достижением максимальной температуры ≥ –40°C. Формирование «ледяного» шара и его размеры были оценены визуально, уточнена рабочая длина криоигл; микроскопическое исследование замороженной ткани (железы) не проводилось, учитывая начавшиеся процессы аутолиза.

Результаты. Сформированный в желатиновой модели шар при повторном цикле замораживания был больше по размеру, чем при однократном замораживании (18,4 мм vs 13,5 мм). Рабочая длина криоигл IceSeed и IceRod составила 20 и 40 мм соответственно. В области ≥ 5 мм в радиальном направлении от криоиглы не происходит снижение температуры ниже 40°C, что доказывает необходимость применения нескольких криоигл (многозондовая система) во время операции для достижения положительного результата лечения.

Выводы. Оценка эффективности холодового воздействия на биологические модели, экспериментальное изучение особенностей криодеструкции, а также понимание процессов замораживания и оттаивания способны значительно повысить эффективность проводимой процедуры. Перспективное направление нашей работы состоит в попытке оценить степень влияния достигнутой температуры

на ткань предстательной железы, а также воздействие низкой температуры на уретру и зону сосудисто-нервных пучков.

В статью вошли результаты работ, выполненных при поддержке Гранта РНФ 16-19-10567

Стеноз везикоуретрального анастомоза после радикальной простатэктомии: альтернативные подходы к профилактике

Васильев А.О., Рева И.А., Говоров А.В., Пушкарь Д.Ю.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, Москва

Введение. Частота развития стеноза везикоуретрального анастомоза (ВУА) в послеоперационном периоде радикальной простатэктомии (РПЭ) может достигать 6,7%. К самым распространенным методам лечения относят внутреннюю оптическую уретротомию и трансуретральную резекция зоны ВУА, к малоинвазивным методам лечения – бужирование зоны ВУА. В качестве альтернативного метода лечения и в качестве возможной профилактики стеноза ВУА нами предложена новая модель уретрального катетера с возможность контролируемого наполнения дополнительного баллона, находящегося в зоне анастомоза.

Материалы и методы. В ретроспективный анализ было включено 20 больных, перенесших РПЭ и эндоскопическую коррекцию зоны ВУА. Проведен телефонный опрос, а также заполнение валидизированных опросников. В послеоперационном периоде всем пациентам мочевой пузырь был дренирован разработанной новой моделью уретрального катетера, предусматривающего ежедневное (с частотой 2–3 раза в день) контролируемое наполнение дополнительного баллона. В группе больных, перенесших РПЭ катетер был установлен в среднем на 9 дней, в группе больных, перенесших эндоскопическую коррекцию – 2 дня.

Результаты. Спустя 3 мес. после операции полностью обследованы 10 пациентов. Ни у одного из пациентов не было жалоб на наличие обструктивного мочеиспускания. Средний суммарный балл по шкале IPSS составил 5,7, Qmax составила 18,3 мл/сек, PVR не превышал 30 мл. Статистически значимой корреляции между количеством перенесенных эндоскопических коррекций СВУА и степенью выраженности недержания мочи, а также индексом качества жизни пациентов не выявлено.

Выводы. Проведенный анализ показал, что к основным факторам, снижающим качество жизни после перенесенной эндоскопической коррекции зоны ВУА относится недержание мочи. После эндоскопической коррекции происходит достоверное улучшение субъективной оценки пациентами качества жизни, что обусловлено изменением паттерна расстройств мочеиспускания. В определенной степени этому может способствовать применение в послеоперационном периоде разработанной новой модели уретрального катетера, позволяющего достоверно воздействовать на анастомоз, путем его дилатации.

Работа выполнена при поддержке РНФ, соглашение № 16-15-00233

Эффективность определения двух маркеров в стуле при проведении скрининга колоректального рака

Васильев С.В., Смирнова Е.В., Попов Д.Е., Семенов А.В.

Городская больница №9, Санкт-Петербург

Цель: оценка эффективности пилотной программы скрининга колоректального рака в одном из районов города за 2016 год с использованием 2-х маркеров определения скрытой крови в кале.

Материалы и методы. В исследовании проводилась сравнительная характеристика двух маркеров, определяемых в стуле, при использовании иммунохимического теста определения скрытой крови в кале – FIT – тест (Biohit Colon View, Финляндия).

В рамках программы диспансеризации взрослого населения в течение 2016 года врачами-терапевтами было предложено выполнить тест на скрытую кровь в стуле 8207 гражданам. Положительный тест был выявлен у 849 человек (10,34%). Всем было предложено пройти дальнейшее обследование у проктолога с дальнейшим проведение фиброколоноскопии.

324 человека (199 женщин и 125 мужчин) с положительным результатом теста на скрытую кровь были полностью обследованы в объеме эндоскопического исследования толстой кишки Все, у кого не было выявлено патологии толстой кишки, вошли в контрольную группу.

Результаты. У 91 из 324 обследованных никакой патологии выявлено не было. У 215 пациентов обнаружены неопухолевые причины появления скрытой крови в кале. Две основные группы составили: 26 пациентов (диагностировано злокачественное поражение толстой кишки) и 124 пациента (доброкачественные неоплазии).

По данным статистического анализа выявлено превалирование чувствительности и специфичности при определении гемоглобин/гаптоглобинового комплекса по сравнению с методикой определения только гемоглобина в образцах стула. При наличии у пациента только аденомы или сочетания аденомы и аденокарциномы, эффективность иммунохимического теста оказалась весьма значимой (p = 0,0001). А при диагностике злокачественных неоплазий толстой кишки тесты не показали различий.

Преимущество в повышении чувствительности теста при определении гемоглобин/гаптоглобинового комплекса особенно актуально (увеличение чувствительности на 60%) при выявлении аденом и ранних форм злокачественных новообразований, располагающихся в проксимальных отделах толстой кишки.

Заключение. Использование иммунохимического теста в скрининговой программе колоректального рака с

определением гемаглобин/гаптоглобинового комплекса демонстрирует лучшие результаты в диагностике новообразований толстой кишки по сравнению с методикой определения только гемоглобина в образцах стула.

Комплексное лечение дифференцированного рака щитовидной железы, роль дистанционных методов облучения

Васильева Е.Б., Гелиашвили Т.М., Важенин А.В.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Вопрос о роли дистанционной лучевой терапии в комплексном лечении дифференцированного рака щитовидной железы (ДРЩЖ) на сегодняшний день остается открытым. В литературе описаны единичные проспективные исследования, результаты большинства которых оказываются неинформативными ввиду малого количества пациентов.

В исследовании Хьюстон, в котором принимали участие 131 пациент ДРЩЖ высокой группы риска рецидива, дистанционная лучевая терапия в адъювантном режиме была проведена 44% больных. Были получены следующие достоверное улучшение локального контроля в группе пациентов старше 45 лет, технология IMRT позволила уменьшить частоту поздних осложнений с 12 до 4%.

В ГБУЗ «ЧОКОД» за период с 2011 по 2015 годы пролечены 239 пациентов с ДРЩЖ высокой группы риска. Дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) проведена всего 7 пациентам, что составило 3% от всех пациентов.

Среди больных мужчин было больше – 4 (57,1%), все пациенты были из наиболее неблагоприятной возрастной группы – старше 45 лет – 100%. У 4 пациентов (57,1%) диагностирован фолликулярный вариант, у 3 (42,9%) – папиллярный вариант дифференцированного рака щитовидной железы.

Всем пациентам была выполнена тиреоидэктомия с послеоперационной радиойодаблацией. Решение о необходимости дистанционной лучевой терапии принималось на основании прогностических факторов (возраст и пол пациента) и данных морфологического исследования, учитывалось распространение опухоли в окружающие ткани, периневральная и сосудистая инвазия, состояние края резекции, наличие макро- или микроскопического остатка опухолевой ткани.

На сегодняшний день, ни у одного из пациентов рецидива не зарегистрировано. Время наблюдения составило от 6 до 38 мес.

Таким образом, ДЛТ может быть рекомендована пациентам высокой группы ДРЩЖ, при наличии у них сочетания факторов неблагоприятного прогноза и гистологических данных; целью ДЛТ является улучшение локального контроля над опухолью.

Об организации отделений паллиативной медицинской помощи в структуре онкологических диспансеров

Введенская Е.С., Палехов А.В.

Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Нижний Новгород;
Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

В настоящее время при формировании в рамках государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» системы паллиативной медицинской помощи (ПМП) в регионах недостаточно уделяется внимания обеспечению больных с распространенными формами злокачественных новообразований (ЗНО) ПМП в условиях стационара. Отмечается тенденция замещения отделений ПМП отделениями и койками сестринского ухода.

В соответствии с Порядком оказания ПМП взрослому населению (Приказ Минздрава РФ от 14 апреля 2015 г. № 187н) одной из основных форм оказания ПМП в условиях стационара является отделение ПМП. Основная задача отделения ПМП – оказание «специализированной» ПМП наиболее «тяжелому» контингенту больных. В отделении ПМП должны работать квалифицированные врачи-специалисты, владеющие в совершенстве навыками купирования интенсивного стойкого болевого синдрома, ведения сложных инкурабельных больных, прежде всего, онкологического профиля. В отделении ПМП должны быть созданы условия для проведения респираторной поддержки (с режимами ИВЛ и ВВЛ); детоксикации (фотомодификация крови, энтеросорбция); фотодинамической терапии; нутритивной поддержки (с использованием помп); торакоцентеза и лапароцентеза с длительной катетеризацией полостей; стомирования, реканализации, проведения региональной анестезии, в т. ч. пролонгированной эпидуральной опиат-аналгезии с подкожным туннелированием катетера и других инвазивных манипуляций.

Оправдано создание отделений ПМП в структуре специализированных стационаров, а также городских и центральных районных больниц, что даст возможность использовать имеющиеся ресурсы для оказания пациентам «специализированной» ПМП. Результаты проведенного исследования показали, что в течение года, госпитализированные в различные стационары Нижегородской области с целью проведения симптоматической терапии пациенты с распространенными формами ЗНО занимали 80% от норматива числа всех коек ПМП, которые должны функционировать к 2020 г. (10 на 100 000 взрослого населения)

Головное отделение «специализированной» ПМП должно быть организовано в структуре регионального онкологического диспансера в силу специфики оказания медицинской помощи данному контингенту больных, финансирование которого сегодня следовало бы осуществлять из средств ФОМС наравне с отделениями специализированной медицинской помощи.

Современные подходы к планированию лучевой терапии (ЛТ) больных лимфомами

Виноградова Ю.Н., Иванова Е.И., Чумаченко А.И., Ильин Н.В.

Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Минздрава России, Санкт-Петербург

История развития методов облучения больных лимфомами насчитывает более века, и в настоящее время в связи с бурным технологическим прорывом в ЛТ и накоплением радиобиологических знаний появилась и стала очевидной необходимость их практического использования в облучении пациентов лимфомами на фоне современной химио- и таргетной терапии. По данным статистических исследований в России и Санкт-Петербурге лишь 10–15% больных лимфомами получают ЛТ, (в Европе и США – 30–40%), качество которой в нашей стране не всегда соответствует современным требованиям. РНЦРХТ МЗ РФ обладает опытом лучевого и химиолучевого лечения более 4000 больных лимфомой Ходжкина и неходжкинскими лимфомами. При этом в разные периоды применяли различные режимы фракционирования (обычное, мультифракционирование), СОД, объемы облучения – крупнопольное (EFRT), пораженных зон (IFRT), пораженных очагов и мест (INRT, ISRT). На основании собственного опыта, опыта Российских клиник, Европейских и Американских центров выработаны методические рекомендации, которые легли в основу радиотерапевтических разделов Российских клинических рекомендаций по диагностике и лечению лимфопролиферативных заболеваний, вышедших в 2016 г. 30-летний опыт применения мультифракционирования показал одинаковую противоопухолевую эффективность этого режима по сравнению с обычным, но при облучении 2 раза в день в дозе 1,3–1,4 Гр через 4 ч отмечено уменьшение лучевых реакций со стороны легких и органа зрения. В зависимости от радиочувствительности различных иммуноморфологических вариантов лимфом СОД могут значительно отличаться: от 4–8 Гр – при паллиативной и симптоматической терапии до 20–50 Гр при радикальном лечении. При определенных видах экстранодальных поражений оптимальными могут являться разные РОД: гиперфракционирование (<1,5 Гр); среднее (3 Гр); крупное (>4 Гр) фракционирование. Объемы облучения также могут быть индивидуализированными в различных клинических ситуациях: от современных минимальных объемов (INRT, ISRT, чаще всего при радикальном лечении) до IFRT или даже в некоторых отдельных случаях – до EFRT при паллиации. Главной особенностью современной ЛТ больных лимфомами является индивидуальный подход и новейшие технологические способы в ЛТ, которые по сравнению с другими онкологическими заболеваниями очень гибки и избегают прямолинейной стандартизации.

Опыт применения деносумаба в лечении метастазов в кости при солидных опухолях

Владимирова Л.Ю., Абрамова Н.А., Агиева А.А., Сторожакова А.Э., Попова И.Л., Тихановская Н.М., Рядинская Л.А., Ежова М.О.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения деносумаба в лечении метастазов солидных опухолей в кости.

Проанализированы данные о лечении деносумабом 28 пациентов в возрасте от 28 до 71 года, средний возраст – 58,4. Препарат вводился подкожно в дозе 120 мг 1 раз в 28 дней. Оценивались время до развития первого костного события (патологический перелом, лучевая терапия на кости по любым причинам, хирургическое вмешательство по поводу метастазов в кости, компрессия спинного мозга, гиперкальциемия), частота возникновения костных событий, динамика болевого синдрома (по шкале VAS).

Большинство больных имели генерализованный рак молочной железы – 67,8% (19), также в группу вошли пациенты с раком легкого – 17,8% (5), колоректальным раком – 7,3% (2), раком желудка – 3,6% (1) и раком простаты – 3,6% (1).

У 28,5% (8) были изолированные метастазы в кости, у 3,6% (1) – в кости и мягкие ткани, у 67,9% (19) имелись висцеральные метастазы.

21,5% (6) получали деносумаб по поводу метастазов в кости в 1 линии, у 78,5% (22) в анамнезе было лечение бисфосфонатами и отмечена резистентность к лечению бисфосфонатами, 24,9% (7) получали лучевую и/или радиофармтерапию до начала терапии деносумабом.

У 60,7% (17) терапия деносумабом сочеталась с химиотерапией, у 32,1% (9) – с гормональной терапией, 7,3% (2) получали только деносумаб. При прогрессировании процесса пациенты продолжали получать деносумаб в сочетании с противоопухолевой терапией (по показаниям).

Время терапии деносумабом составило от 3 до 24 мес, медиана – 16,8 ± 2,3 мес.

Время до возникновения первого костного события на фоне терапии деносумабом составило от 8 до 18 мес, медиана не достигнута.

Частота костных событий составила 25% (7): патологический перелом – 7,1% (2), хирургическое вмешательство – 3,6% (1), компрессия спинного мозга – 7,1% (2), гиперкальциемия – 7,1% (2). Болевой синдром к 6-му месяцу терапии уменьшился на 50%, к 12-му – на 77%.

Из побочных реакций на фоне лечения деносумабом отмечены: в 3,6% (1) случаев – гриппоподобный синдром 1 ст., в 3,6% (1) – остеонекроз нижней челюсти.

Таким образом, деносумаб показал высокую эффективность без клинически значимых проявлений токсичности при длительном применении у больных с метастазами солидных опухолей в кости.

Вторичная энуклеация как результат осложненного течения заболевания после органосохранного лечения меланомы хориоидеи

Власова О.С., Семенова Л.Е., Шимоткина Е.В.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Введение. В настоящее время органосохранные методы лечения меланомы хориоидеи (МХ) используются как в виде монолечения, так и в комбинации нескольких методов. Наиболее часто используют брахитерапию (БТ) и транспупиллярную термотерапию (ТТТ). Многолетний клинический опыт подтвердил высокие возможности этих методов в лечении опухолей различных размеров. «Скрытая» локализация опухолевого процесса и, как следствие, поздняя диагностика, большие размеры опухоли, распространенный характер поражения нередко требуют выполнения органоуносящего лечения – энуклеации глаза. В ряде случаев, после лечения, имеет место, продолженный рост опухоли, либо появление постлучевых осложнений, несовместимых с жизнедеятельностью глаза, что требует проведения отсроченной (вторичной) энуклеации.

Целью исследования является проведение анализа причин вторичной энуклеации после органосохранного лечения МХ.

Материал и методы. В Центре онкоофтальмологии ЧОКОД проведен анализ медицинской документации больных, состоящих на диспансерном учете с МХ. Все пациенты получали органосохранное лечение МХ. Вторичная энуклеация проведена 54 пациентам. Средний возраст на момент начала лечения МХ составил 49,3 ± 2,6 лет. Размеры опухоли были уточнены с помощью ультразвукового сканирования. Средняя проминенция МХ до начала лечения – 7,4 ± 2,5 мм, средний исходный диаметр – 11,9 ± 2,5мм.

Результаты и обсуждение. Анализ клинико-морфологической картины у пациентов, которым была выполнена вторичная энуклеация, показал, что достоверно чаще преобладала экваториально-периферическая локализация опухоли – 59%. Размеры опухоли перед энуклеацией составили: проминенция 9,88 ± 2,34 мм, диаметр опухоли 14,53 ± 3,48 мм. Большинство пациентов получали комбинированное лечение. Анализ протоколов патогистологического исследования показал распределение по гистологической структуре – эпителиоидноклеточная – 51%, веретеноклеточная – 14%, смешанная 35%. Показаниями для вторичной энуклеации служили результаты клинико-инструментального исследования, указывающие на продолженный рост МХ – у 79,6% пациентов или появление постлучевых осложнений, несовместимых с жизнедеятельностью глаза, в частности вторичная глаукома – 20,4% пациентов.

Выводы. Причиной вторичных энуклеаций после БТ МХ, как правило, являются признаки продолженного роста опухоли, а также сочетание с постлучевыми осложнениями (в частности развитие вторичной глаукомы).

Дифференциальная экспрессия раково-тестикулярных антигенов в метастатических и не метастатических опухолях молочной железы

Водолажский Д.И., Кутилин Д.С., Никитина В.П., Могушкова Х.А., Солдатова К.И., Кит О.И.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Введение. Раково-тестикулярные антигены (РТА) экспрессируются преимущественно в зародышевых клетках и малигнизированных тканях. Поэтому они представляют собой хорошую мишень для иммунных ответов, опосредованных цитотоксическими Т-клетками. Однако для улучшения эффективности создаваемых дендритно-клеточных вакцин необходимо учитывать специфику и различия в паттернах экспрессии РТА-антигенов в малигнизированных тканях различной нозологии, метастатических и не метастатических опухолях.

Целью исследования было изучение сравнительной (сравнение с прилегающей перифокальной, не опухолевой тканью) дифференциальной экспрессии РТА – антигенов в опухолевых тканях молочной железы пациенток с наличием регионарных метастазов (T1-3N1-2M0) и без выявленных регионарных метастазов (T1-3N0M0).

Материалы и методы. В исследовании использовали парные операционные биоптаты перифокальной и опухолевой тканей молочной железы 19 пациенток с наличием регионарных метастазов (6 пациенток) и без регионарных метастазов (13 пациенток). Суммарную РНК из тканей выделяли по методу P. Chomczynski и N. Sacchi (2006). Для синтеза кДНК использовали набор реагентов «РЕВЕРТА-L» (Россия, «Интерлабсервис»). Определение относительной экспрессии 17 генетических локусов (MAGE-A1, MAGE-A2, MAGE-A3, MAGE-A4, MAGE-B1, MAGE-B2, GAGE1, GAGE3, GAGE4, MAGE-C1, BAGE, CTAG-1B, XAGE3, NY-ESO1, SSX2, SYCP1, PRAME1) проводили методом Real-Time qPCR (референсный ген – GAPDH) на термоциклере Bio-Rad CFX96 (Bio-Rad, USA). Статистический анализ проводили с использованием критерия Манна-Уитни.

Результаты. У пациентов с наличием регионарных метастазов в опухолевой ткани молочной железы обнаружено достоверное ($p < 0,05$) увеличение экспрессии генов MAGEA2, MAGEB1 и XAGE3 в 3 (у 80% пациентов), 18 (у 100% пациентов) и 15 (у 60% пациентов) раз соответственно по сравнению с перифокальной тканью. У пациенток без регионарных метастазов в опухолевой ткани молочной железы наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) увеличение экспрессии генов GAGE3 и PRAME1 в 5 (у 54% пациентов) и 6 (у 62% пациентов) раз соответственно по сравнению с перифокальной тканью.

Выводы. Паттерны и степень экспрессии РТА-активных локусов в тканях опухолей у пациенток с наличием регионарных метастазов и без регионарных метастазов значительно отличаются, что необходимо учитывать при проведении иммунотерапии.

Траскрипционный профиль раково-тестикулярных антигенов у больных раком молочной железы люминальных типов А и В

Водолажский Д.И., Кутилин Д.С., Могушкова Х.А., Кит О.И.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) является одним из самых распространенных онкологических заболеваний у женщин. Совершенствование подходов иммунотерапии, направленных на раково-тестикулярные антигены (РТА), и характеристика транскрипционного профиля РТА разных типов РМЖ является актуальной задачей на пути борьбы за снижение смертности от этого заболевания. Поэтому целью исследования стал скрининг РТА, специфичных для опухолевой ткани люминального типа А и В молочной железы, на основе анализа транскрипционного профиля раково-тестикулярных генов.

Материалы и методы. В исследовании использовали парные операционные биоптаты нормальных и опухолевых тканей молочной железы 20 пациенток (40 образцов) с гистологически подтвержденным диагнозом РМЖ: люминального типа А (10 пациенток) и люминального типа В (10 пациенток). Суммарную РНК выделяли по методу P. Chomczynski и N. Sacchi (2006). Для синтеза кДНК использовали набор реагентов «РЕВЕРТА-L» (Россия, «Интерлабсервис»). Определение относительной экспрессии 17 генетических локусов (MAGE-A1, MAGE-A2, MAGE-A3, MAGE-A4, MAGE-B1, MAGE-B2, GAGE1, GAGE3, GAGE4, MAGE-C1, BAGE, CTAG-1B, XAGE3, NY-ESO1, SSX2, SYCP1, PRAME1) проводили методом Real-Time qPCR (референсный ген - GAPDH). Статистический анализ проводили с использованием критерия Манна-Уитни.

Результаты. У пациенток с РМЖ люминального типа А обнаружено статистически достоверное ($p < 0,05$) увеличение экспрессии генов РТА MAGEA1 в 6,2 раза, MAGEA2 в 3,5 раза, MAGEA4 в 14,9 раза, MAGEB1 в 15,0 раза, MAGEB2 в 4,1 раза, GAGE3 в 76,2 раза, GAGE4 в 8,5 раза, MAGEC1 в 9,7 раза и PRAME1 в 30,4 раза в опухолевой ткани относительно нормальной ткани. У пациенток с РМЖ люминального типа В не обнаружено статистически достоверных изменений в экспрессии генов РТА в опухолевой ткани относительно нормальной ткани.

Заключение. В ходе исследования обнаружено кардинальное отличие транскрипционного профиля двух типов рака молочной железы, что, несомненно, должно найти отражение в стратегии их терапии. Так полученные данные свидетельствуют о возможности использования раково-тестикулярных антигенов MAGEA1, MAGEA2, MAGEA4, MAGEB1, MAGEB2, GAGE3, GAGE4, MAGEC1 и PRAME1 в качестве наиболее эффективной мишени при иммунотерапии РМЖ люминального типа А, и о неэффективности использования рассмотренных в данном исследовании РТА при иммунотерапии РМЖ люминального типа В.

Исследование копийности 17 генетических локусов у пациентов с резектабельным раком желудка

Водолажский Д.И., Тимошкина Н.Н., Маслов А.А., Колесников Е.Н., Татимов М.З.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Накопленные данные последних лет свидетельствуют о том, что CNV могут стать информативными биомаркерами для ранней диагностики рака желудка, последующего контролирования течения заболевания и эффективности терапии, а также служить маркерами таргетной химиотерапии.

Цель настоящего исследования заключалась в изучении относительной копийности 16 ядерных генов (APC, AURKA, CCND1, C-MYC, GKN1, GSTP1, HER2, IRX1, MDM2, MET, NFKB, OCT1, P53, PIK3CA, POU5F1B и S6K2), и некодирующего локуса HV2 мтДНК в образцах опухолевой и условно нормальной ткани желудка 47 пациентов (33 мужчины и 14 женщин, медиана возраста – 67 лет) с гистологически подтвержденным диагнозом рак желудка (G2-3 аденокарцинома), из которых 18 образцов классифицированы как опухоли без признаков метастатического поражения регионарных лимфоузлов, 29 случаев – с регионарными метастазами.

Условно генетические локусы, вошедшие в настоящую работу, можно разделить на группу, с редко встречающейся аберрантной копийностью (менее 10%), такие как, – P35, MDM2, AURKA, IRX1, MET, PIK3CA, S6K2, и на группу «мажорных» маркеров, таких как, – C-MYC, NFKB, CCND1, HER2, HV2, POU5F1B, OCT1. Для двух из 16 исследованных локусов (APC и GKN1) не удалось выявить отклонений копий генов в опухоли по сравнению с нормальной тканью. Три ядерных локуса (C-MYC, NFKB и POU5F1B) продемонстрировали статистическую значимость для дискриминации групп с локализованной формой опухоли и с местнораспространенной формой рака желудка (OR = 8,95, 95%CI: 1,035–77,37, P < 0,05).

Таким образом, исследование относительной копийности 17 генетических локусов выявило преимущественную амплификацию онкогенов C-MYC, NFKB и POU5F1B в аденокарциномах желудка с метастазами в регионарные лимфоузлы.

Оценка эффективности лечения местно-распространенного рака предстательной железы. 5-летний опыт одного центра

Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Трубин А.Ю., Хакимов В.Г., Боряев А.Н., Исаргапов Р.М.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Актуальность. РПЖ занимает 3 место в структуре заболеваемости злокачественных новообразований мужского населения России. Среди больных с впервые выяв-

ленным раком простаты, в 31% случаев диагностируется местно-распространенная форма заболевания (МР РПЖ). Для лечения МР РПЖ предложено несколько вариантов лечения.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность различных методов лечения местно-распространенного рака предстательной железы.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 398 больных раком предстательной железы стадии T3a-3bN0M0G2-4, получавших лечение в ГБУЗ СОКОД за период с 2008 по 2011 гг. Все пациенты были разделены на 4 группы. В основную группу (I) вошло 108 больных после радикального хирургического лечения – радикальная простатэктомия (РПЭ). Во II группу – 98 пациентов, которым проводилась дистанционная лучевая терапия по радикальной программе (ДЛТ), в III – 102 больных после HIFU-терапии, в четвертую 90 человек, получавших гормональное лечение (ГТ.) Для оценки эффективности различных методов лечения сравнивали 5-летнюю общую и безрецидивную выживаемость в исследуемых группах. Расчет показателей проводили методом Каплана-Мейера, а их с равнение с помощью логрангового теста.

Результаты: при сравнении 5-летней выживаемости в группах I и II (РПЭ и ДЛТ) выявлены статистически более высокие безрецидивные показатели в группе РПЭ (85,3 и 57% в I и II группах, соответственно; $p = 0,03$). Анализ общих показателей в этих группах достоверного различия не установил (91 и 61% в I и II группах, соответственно; $p = 0,1$). Сравнение 5-летней безрецидивной выживаемости в I и III группах (РПЭ и HIFU-терапия) также демонстрировало достоверно лучшие результаты после радикальной операции (56% в группе III; $p = 0,02$). При этом различия общей выживаемости были недостоверны (81% в группе III; $p = 0,69$). Лучше были онкологические результаты РПЭ по сравнению с пациентами, получавшими гормональное моно-лечение (группа IV). Общая выживаемость без прогрессии составила 40% ($p = 0,03$, при сравнении с группой I).

Выводы: результаты исследования показали лучшую клиническую эффективность радикальной простатэктомии по сравнению с другими методами лечения местно-распространенного рака предстательной железы. 5-летняя безрецидивная выживаемость в группе РПЭ была 85,3%, в группе ДЛТ 57%, в группе HIFU-терапии – 56%, в группе ГТ 40%, со статистически значимыми различиями.

Факторы прогноза рецидива у больных после органосохраняющего хирургического лечения рака прямой кишки

Воздвиженский М.О., Савинков В.Г., Фролов С.А., Полетаева С.В., Козлов А.М., Князев Р.А.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Актуальность. Развитие хирургических технологий позволяет выполнять органосохраняющее хирургическое лечение рака прямой кишки, при условии ранней диагностики. Однако, частота рецидивов после локального иссечения опухоли по данным разных авторов может достигать 1 – 67%.

Цель исследования: улучшить результаты лечения рака прямой кишки, выявленного на ранних стадиях.

Материалы и методы. В исследование включено 40 больных раком прямой кишки, у которых по данным послеоперационного стадирования была установлена стадия заболевания Tis-1N0M0. Всем пациентам выполнена трансанальная эндоскопическая резекция прямой кишки. Использовалась видеоэндоскопическая стойка с набором инструментов для эндоскопических трансанальных операций. Всем пациентам было выполнено полностенное иссечение опухоли. Изучена частота местных рецидивов опухоли. Выполнен ретроспективный анализ гистологических препаратов на предмет выявления неблагоприятных прогностических факторов риска. Учитывалась глубина инвазии опухоли в подслизистый слой, степень дифференцировки опухоли, наличие сосудистой венозной/лимфатической инвазии, характеристика краев резекции опухоли. Изучен дооперационный уровень сывороточных онкомаркеров РЭА, CA19-9, наличие мутаций в системе генов KRAS в опухоли. Проведен дисперсионный анализ вклада каждого из факторов риска в развитие рецидива заболевания.

Результаты. Средние сроки наблюдения составили 46 мес. У больных исследуемой группы возникли 5 случаев рецидива в сроки от 8 до 17 мес. У всех пациентов с рецидивами, ретроспективно, была выявлена глубокая инвазия в подслизистый слой (pT1sm2–3). У двух пациентов была верифицирована сосудистая венозная и/или лимфатическая инвазия. Других прогностически значимых факторов риска выявлено не было.

Выводы. Удаленный препарат рака прямой кишки необходимо изучать на предмет выявления факторов риска, при обнаружении которых, локальное иссечение должно рассматриваться как этап тотальной биопсии, а больному предложено радикальное хирургическое лечение.

Модифицированная двухстадийная резекция печени (ALPPS) при первично-нерезектабельных опухолях печени: первые результаты лечения

Воздвиженский М.О., Соловов В.А., Фролов С.А., Тюрин А.А.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Актуальность. ALPPS (Associating Liver Partition and Portal vein Ligation for Staged hepatectomy) – новая хирургическая стратегия, направленная на быстрое и значительное увеличение объема остаточного объема печени (ремнанта). Метод показан для лечения пациентов с пограничено резектабельными или первично нерезектабельными местно-распространенными опухолями печени любого происхождения с недостаточным объемом и/или качеством ремнанта.

Цель: оценить клиническую эффективность модифицированной двухстадийной резекции печени (ALPPS).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный обзор ALPPS, выполненных в отделении абдоминальной онкологии СОКОД с ноября 2013 г. по июнь 2015 г. ALPPS проводилась у пациентов с недостаточным объемом и/или качеством ремнанта (т.е. объем ремнанта к общему объему органа составлял <25% для пациентов с нормальной печенью или <30% для пациентов с холестазом или повреждениями, индуцированными химиотерапией). В исследование вошло 12 мужчин и 4 женщины. Средний возраст пациентов составил 52,4 года. Большинству пациентов ALPPS было выполнено по поводу метастазов колоректального рака в печень (КРРм; n = 14). У одного пациента показанием для ALPPS был первичный рак печени, у одной пациентки – рак желчного пузыря. Предоперационный средний объем ремнанта составил 403 см^3.

Результаты. Средний послеоперационный объем ремнанта через 6 дней был 706 см^3. Средняя разница между пред- и послеоперационным объемом ремнанта составила 303 см3, что представляет собой рост среднего объема на 78,4%.

Выводы. ALPPS – эффективная двухэтапная хирургическая техника. Она дает возможность избежать развития пострезекционной печеночной недостаточности и выполнить полное удаление опухолей, которые ранее считались нерезектабельными, в течение одной госпитализации.

Обнаружение онкогена Е7 ВПЧ16 в операционном материале от больных раком предстательной железы

Волгарева Г.М., Ермилова В.Д., Хачатурян А.В., Татарский В.В., Матвеев В.Б., Павлова Л.С.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Заболеваемость раком предстательной железы (РПЖ) неуклонно возрастает. Этиология РПЖ изучена недостаточно. Несмотря на то, что вопрос об ассоциированности РПЖ с онкогенными вирусами папилломы человека (ВПЧ) обсуждается давно, он по-прежнему остается открытым. Актуальность его решения очевидна: в случае подтверждения участия ВПЧ в генезе РПЖ открывается перспектива предупреждения этого заболевания путем превентивных прививок мальчиков вакцинами, созданными для профилактики рака шейки матки (РШМ). Целью настоящей работы явилось тестирование в ПЦР операционных материалов от больных РПЖ на присутствие онкогена Е7 ВПЧ16, основного типа ВПЧ, ответственного за развитие РШМ. Экспериментальная часть. Были выполнены микродиссекции криостатных срезов из материала радикальных простатэктомий от 17 больных РПЖ. Учитывая характерный для РПЖ мультицентрический рост опухоли, патологически измененные области удаленной железы морфолог на первом этапе выделял при вырезке макроскопически; в дальнейшем на криостатных срезах выполнялись микродиссекции с параллельным микроскопическим анализом материала, в ходе которого распознавали участки нормального эпителия, дисплазий и РПЖ. В подавляющем большинстве случаев для каждого больного провели микродиссекцию одного участка с препарата. Из полученной клеточной суспензии ДНК выделяли с помощью протеиназы К; успешность выделения проверяли в ПЦР с праймерами к гену домашнего хозяйства GAPDH, а присутствие в исследуемой пробе генетического материала ВПЧ16 – в ПЦР с праймерами к онкогену Е7 ВПЧ16. В обоих случаях использовали литературные праймеры и традиционные условия постановки реакции. В качестве положительного контроля использовали ДНК из ВПЧ16 – положительного клинического образца РШМ. ДНК Е7 ВПЧ16 обнаружили у 7 больных, в т.ч. во всех пяти случаях, когда ее выделили из однородных областей, представленных раковыми клетками. Заключение. Полученные данные свидетельствуют о присутствии ДНК ВПЧ16 в предстательной железе у части больных РПЖ. Они важны для выяснения этиологии и разработки мер профилактики РПЖ. Возможность участия онкогенных ВПЧ в развитии РПЖ заслуживает внимания и дальнейшего изучения.

Маркеры MOC31 и Ber-EP4 при диагностике опухолей в экссудатах

Волченко Н.Н., Борисова О.В., Ермолаева А.Г., Мельникова В.Ю.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Москва

Антитела MOC-31 и Ber-EP4 представляют собой антитела, которые нацелены на эпителиальную молекулу клеточной адгезии (Ep-CAM) и экспрессируются в эпителиальных клетках. Они полезны при исследовании экссудатов для дифференциальной диагностики реактивной пролиферации мезотелиальных клеток и метастатической аденокарциномы. Однако реакционная способность их клетками различных раков отличается. Например, чувствительность иммуногистохимического исследования MOC-31 для инвазивного рака молочной железы неспецифического типа составила 96%, а для дольковой карциномы 89%, а чувствительность Ber-EP4 составляет 66 и 27% соответственно. Причины разницы экспрессии пока неясны. Исследователи предполагают, что в дополнение к Ep-CAM межклеточные взаимодействия опосредуются E-кадгерином, экспрессия которого теряется в дольковом раке молочной железы, что приводит к селективному уменьшению экспрессии Ep-CAM, выявляемому с помощью моноклонального антитела Ber-EP4.

Исследования маркеров Ber-EP4 и MOC-31 проводятся преимущественно на гистологическом материале или на материале клеточных блоков, который подвергается агрессивной химической проводке.

Цель исследования – исследовать экспрессию антител Ber-EP4 и MOC-31 на цитологическом материале экссудатов из серозных полостей при отсутствии агрессивной химической проводке материала.

Материалы и методы. Проведено свыше 2000 исследований экссудатов из серозных полостей с антителами Ber-EP4 и MOC-31 на цитологическом материале.

Результаты. Нами установлено, что при диссеминации аденогенного рака наиболее надежным и чувствительным маркером является антитело Ber-EP4. Экспрессия MOC31 в аденогенном раке сопоставима с Ber-EP4. По нашим данным MOC31 значительно более часто экспрессируется в плоскоклеточных раках легкого до 70%, чем Ber-EP4 (до 10–15%), что необходимо учитывать в установлении гистологической формы опухоли.

Таким образом чувствительность и специфичность этих маркеров на цитологическом материале значительно выше, чем на гистологическом материале и материале клеточных блоков, вследствие отсутствия агрессивной химической проводки. Антитела Ber-EP4 и MOC31 реагируют с поверхностным внеклеточным доменом гликопротеина Ep-CAM, который может повреждаться при проводке.

Результаты применения информационных технологий в диагностике и лечении онкологических заболеваний. (Опыт Чувашской Республики)

Воропаева Л.А.

Республиканский клинический онкологический диспансер; Минздрава Чуваши, Чебоксары

Комплексный подход от информационного обеспечения скрининговых программ до персонифицированного и нозологического онкологического регистра.

Ресурсно-техническое обеспечение медицинских учреждений онкологического профиля Чувашской Республики для реализации полного комплекса информационных технологий.

Улучшение организационно-методической работы, обучение и контроль качества работы персонала.

Оптимизация работы кадровых ресурсов в условиях прогнозируемого дефицита врачебных кадров.

Создание научно-консультационного центра на базе БУ «РКОД» с концентрацией ведущих врачей-онкологов республики и возможностью удаленной консультации с экспертами РОНЦ.

Онкорегистр – гибкий, масштабируемый инструмент для обеспечения персонифицированного учета пациентов по всем нозологиям в соответствии со всеми требованиями ФОМС и ТФОМС

Создание единого информационного пространства от медицинских учреждений до ОУЗ региона, включая выполнение требований ФСТЭК по защите персональных данных (152-ФЗ), а также соответствие 188-ФЗ.

Анализ осложнений после операций циспростатэктомии, с цистопластикой, за 2003–2016 гг., в ЧОКОД, возникших в ближайший послеоперационный период

Ворошин Д.Г., Важенин А.В. Карнаух П.А., Кудряшев Г.Ю.

Челябинский областной онкологический диспансер, Челябинск

«Золотым» стандартом в лечении инвазивного рака мочевого пузыря, является радикальная цистпростатэктомия (ЦПЭ). Каждый пациент после ЦПЭ становится кандидатом для проведения ортотопической цистопластики (ЦП). Высокая частота осложнений в раннем послеоперационном периоде заставляют задуматься о путях их снижения.

Большая часть зарегистрированных ранних осложнений после ЦПЭ с ЦП, являются прямым результатом операции и включают: нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта; инфекционные, сердечно-сосудистые осложнения.

Цель исследования: оценить собственный опыт ведения пациентов после ЦПЭ с ЦП в ближайший послеоперационный период.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе ГБУЗ «ЧОКОД». С 2003 по 2016 гг. 231 пациенту выполнено ЦПЭ с ЦП.

Результаты. Осложнения отмечены у 132 пациентов (57%), в ближайшем послеоперационном периоде от 3 до 12 суток возникли у 66 пациентов, что составило 50%. Парез кишечника и острая кишечная непроходимость у 8 (12%), ОПН – 6 (9%), эвентрация кишечника у 8 (12%), несостоятельность анастомозов у 17 (26%), перитонит у 2 (3%), ТЭЛа 1 (1,5%), ЖКК у 8 (12%), сепсис – 5 (7,5%), ДВС – 3 (4,5%), острая сердечная недостаточность – 1(1,5%), пневмония – 7 (11%).

Заключение. Проведенное исследование показало, что около 50% осложнений возникали в период нахождения пациентов в реанимационном отделении. Задачей является снижение рисков осложнений и смертности путем оптимизации анестезиологического пособия и ведения пациентов в реанимационном отделении.

Положительный опыт применения экстрокорпоральных методов дезинтоксикации для лечения острой почечной недостаточности в онкологической практике

Ворошин Д.Г., Важенин А.В., Заводчиков С.В., Русанова Е.В.

Челябинский областной онкологический диспансер, Челябинск

Актуальность. Почти у трети больных, попавших в ОРИТ, диагностируется нарушение функции почек до критических показателей. Одним из слагаемых успеха в лечении ОПН является применение экстрокорпоральных методов дезинтоксикации в сочетании с консервативными.

Цель исследования. Получение собственного опыта проведения экстракорпоральных методов дезинтоксикации аппаратом «Prizmaflex».

Материалы и методы. Исследования проводились с июля 2015 г. по сентябрь 2016 г. на базе ОРиИТ. В указанный период находилось 7 пациентов с явлениями ОПН различного генеза. У 5 пациентов ОПН явилась синдромом сепсиса в послеоперационном периоде. У 1 пациента с единственной почкой в ранний послеоперационный период после операции Гартмана возникли явления ОПН. У 1 пациентки ОПН возникла после проведения лекарственной противоопухолевой терапии по схеме ЕР. Ультрагемодиофильтрация (УГДФ) проводилась на аппарате «Prizmaflex». Предикторами выполнения гемодиализа или ультрагемофильтрации явились: олигоанурия, повышение шлаков крови и калия. Терапия проводилась в режиме гемодиализа и УГДФ.

Результаты. У 3 больных проведен один сеанс гемодиализа, причиной однократного сеанса в 2 случаях послужило разрешение ОПН, в 1 случае – смерть пациентки от полиорганной недостаточности. 4 пациента получили по 1 сеансу гемодиализа и по 1 сеансу УГДФ. Показанием для проведения УГДФ послужило отсутствие ожидаемого эффекта после сеанса гемодиализа в течении суток. После сеанса УГДФ диурез восстановился в течение 2 ч, показатели крови восстановились в течении суток. Все пациенты получали интенсивную посиндромную терапию, пациентам с септическими явлениями проводилась хирургическая санация очага инфекции.

Заключение. Применение экстрокорпоральных методов дезинтоксикации у онкологических пациентов позволяет купировать явления ОПН и повышает возможности проведения специальных методов лечения.

Пути совершенствования таргетной терапии пациенток, страдающих раком молочной железы

Ворошина Н.В., Важенин А.В. Толстикова Е.А., Павленко Е.С.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Цель исследования. Рак молочной железы (РМЖ), как и все злокачественные заболевания относятся к социально значимым заболеваниям. В структуре онкологической заболеваемости у женского населения Российской Федерации РМЖ занимает первое место. Выживаемость при РМЖ напрямую зависит от доступности оказания онкологической помощи. Информация на интернет порталах, очные и заочные консультации в зарубежных клиниках часто дезориентирует пациентов в схемах и препаратах противоопухолевой лекарственной терапии. С сентября 2014 г. в ГБУЗ «ЧОКОД» до проведения врачебной комиссии введены в практику проведения консилиумов по назначению таргетной терапии и дорогостоящих лекарственных средств, не внесенных в перечень ЖНВЛС.

Материалы и методы. Исследование проводилось с января по декабрь 2014 года. В исследовании приняли участие 167 пациенток, страдающих РМЖ. Все опухоли имели гормонпозитивный или гормоннегативный статус, HER 2/neu – 3 балла. Возраст пациенток составил от 30 до 85 лет. Стадия заболевания варьировалась от I до IV.

Результаты. Из 167 пациенток назначение трастузумаба было в 133 случаях, 34 случая отказа в таргетной терапии в связи с наличием сопутствующей сердечно – сосудистой патологии (фракция сердечного выброса ниже 55%). По возрасту пациентки распределились: 30–40 лет – 11,3%; 41–55 – 24,5%; 55–65 лет – 54,5%; 66–85 – 9,7%. В 20 случаях кроме назначения таргетной терапии пациентам проведена коррекция специального лечения (смена ПХТ, гормонотерапия, лучевая терапия).

Выводы. Комиссионное назначение таргетной терапии позволило: 1. определить схему терапии (продолжительность терапии, сочетание с гормональной терапией или химиотерапией); 2. Определить реальную потребность в обеспечении таргетной терапией пациенток с РМЖ. 3.

Снизить количество жалоб и обращений по лекарственному обеспечению онкологических больных.

Раннее выявление предопухолевой патологии толстой кишки с целью формирования групп онкологического риска, лечения, а также динамического наблюдения

Вусик М.В., Черемисина О.В., Авдеенко Т.В.

НИИ онкологии Томского Научного исследовательского медицинского центра, Томск

В мире наблюдается рост заболеваемости и смертности от рака толстой кишки (РТК). Выявление полипов и предопухолевых изменений играет исключительно важную роль в предупреждении возникновения РТК, который в большинстве случаев развивается из полипов, а не de novo. Раннее удаление аденомы толстой кишки может предотвратить возможную злокачественную трансформацию.

Цель работы – оценить диагностические возможности видеоколоноскопии в режимах ZOOM, NBI и результаты лечения полипов толстой кишки в качестве методов профилактики раннего рака.

Материал и методы. Представлены результаты обследования и лечения 179 пациентов с полипами толстой кишки и полиповидными образованиями, проведенных в эндоскопическом отделении Томского НИИ онкологии в 2013–2014 гг. Из них – 120 (67%) мужчин, 59 (33%) женщин. Средний возраст 57,6 ± 6,4 года. В 33 (18,4%) случаях полипы обнаруживались при колоноскопии неорганизованного населения. В 146 (81,6%) – при плановом обследовании онкологических больных с новообразованиями других локализаций, в том числе раком эндометрия, шейки матки, яичников – 48 (26,8%), раком верхних дыхательных путей – 5 (2,8%), раком толстой кишки – 93 (51,9%) наблюдения. Диагностические и лечебные эндоскопические манипуляции проводились на видеоэндоскопической системе EVIS EXERA II с возможностью увеличения и функции узкого спектра. Для визуальной оценки изменений сосудистого и ямочного рисунков использовалась классификация рельефа поверхности (pit pattern) по Kudo. При стандартной колоноскопии были визуализированы 298 полиповидных образований. Показанием для полипэктомии было наличие одного или множественных полипов независимо от размера, при отсутствии явных признаков малигнизации. Применяли аргоноплазменную коагуляцию (АПК) аппаратом Arco Soring, петлевую электроэксцизию или резекцию слизистой оболочки с использованием электрохирургического блока ERBE ICC 300. Оценка эффективности лечения полипов толстой кишки проводилась по результатам контрольных видеоколоноскопий.

Использование высокотехнологичных эндоскопических методик позволило значительно сократить количество ложноположительных и ложноотрицательных заключений и на диагностическом этапе определить характер поражения толстой кишки, что позволило выполнить своевременное эндоскопическое удаление данных новообразований.

Современная тактика проведения внутриполостной лучевой терапии при раке шейки матки (методология, результаты)

Гаврилова А.В., Кравец О.А., Федянина А.А., Козлов О.В., Романова Е.А.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Эффективное лечение местнораспространенного рака шейки матки (МРРШМ) остается одной из важнейших медико-социальных задач современной онкологии.

В РОНЦ им. Н.Н.Блохина впервые в России принята методика последовательного проведения курса сочетанной ЛТ МРРШМ, которая включает в себя два этапа. На первом этапе лечения всем пациентам проводится ДЛТ с использованием 3D конформных методик облучения на фоне использования Цисплатина РД – 40 мг/м^2 в еженедельном режиме до 5–6 введений. Суммарная доза на область малого таза и зон регионарного метастазирования, с включением парааортальных лимфатических узлов при их поражении, составляет 50 Гр в режиме стандартного фракционирования 2 Гр/сут, 5 дней в неделю.

По окончании курса ДЛТ на втором этапе лечения проводится курс ВПЛТ на аппарате МикроСелектрон с трехмерным дозиметрическим планированием. Все этапы установки системы аппликатора в полость матки с последующей тугой тампонадой влагалища осуществляются под общей анестезией.

В РОНЦ им. Н.Н.Блохина накоплен большой опыт в лечении РШМ в режиме 4 фракции по 7,5 Гр с интервалом 6 дней между фракциями (изоэффективная доза 43,8 Гр).

С мая 2014 года внедрена методика современного лечения РШМ у сложного контингента пациентов молодого возраста, с запущенными формами заболевания, которая представляет собой ускоренный режим фракционирования ВПЛТ под визуальным контролем с РД – 7 Гр. Лечение начинается с внедрения метростата в полость матки под общей анестезией, визуализации, оконтуривания мишени и органов риска, расчета плана и последующего облучения. Пациент находится в иммобилизованном состоянии 20 ч, под наблюдением медицинского персонала, затем проводятся второй сеанс облучения. Процедура повторяется на 8 сутки. Таким образом общая продолжительность курса составляет 9 дней.

За период наблюдений в течение 33 месяцев не отмечено значимых различий в частоте ранних лучевых реакций и поздних лучевых повреждений в сравнении со схемой фракционирования, используемой ранее.

Основным преимуществом данного метода является подведение радикальной дозы за более короткий период времени.

Вопросы хирургического лечения почечно-клеточного рака больных преклонного возраста

Газиев Л.Т., Алмурадова Д.М.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение. Многие вопросы тактики лечения больных пожилого (60–74 года) и старческого (старше 75 лет) возраста до сих пор не вполне ясны. Не разработан алгоритм оперативного лечения в зависимости от тяжести соматического состояния пациента и прогноза жизни, не определены объективные критерии переносимости оперативного пособия. Бессимптомное течение и стертость клинической картины характерна для больных преклонного возраста. Нефрэктомия является единственным эффективным способом лечения. Радикальную нефрэктомию у больных пожилого и старческого возраста осуществляются при отсутствии абсолютных противопоказаний в основном при I и II стадиях заболевания и, в некоторых случаях, при III стадии. При больших размерах или кровотечении из неоперабельной опухоли остается наблюдение и симптоматическое лечение. До настоящего времени вопрос о переносимости операции у части больных решается эмпирически, основываясь на опыте хирурга и/или консилиума врачей смежных специальностей.

Материал и методы. В отделении урологии ТашГОД МЗ РУз около 80% пациентов составляют больные старше 50 лет, а более половины от всех больных – старше 60 лет. Нами проанализирован опыт лечения 95 больных старше 60 лет с диагнозом «опухоль почки». Мужчины составили 53 человека (55,7%), женщины – 42 (44,3%), причем 10 мужчин и 14 женщины были старше 75 лет. Пациентам проводилось обследование в следующем объеме: УЗИ, экскреторная урография, КТ/МРТ. Оперативное лечение выполнено 78 больным: мужчин – 38 (48,7%), женщин – 40 (51,3%), причем 15 мужчин и 21 женщина – были старше 70 лет. У 69 выявлен рак почки и выполнена нефрэктомия, у 9 – рак лоханки или мочеточника и произведена – нефруретерэктомия. Из общего числа пациентов преклонного возраста с впервые выявленным почечно-клеточным раком, раком чашечно-лоханочной системы и мочеточника нами ежегодно у 4–5 больных выполняется экстренное оперативное пособие по жизненным показаниям.

Выводы. Таким образом, оценка статуса больного до сих пор является наиболее субъективной частью предоперационного обследования, а биологический возраст не всегда определяется количеством прожитых лет. Учитывая непрогнозируемость динамики развития опухоли, мы придерживаемся более активной хирургической тактики, в то же время оставляя активное наблюдение для пациентов пожилого и старческого возраста, имеющих тяжелый соматический статус.

Approach to surgical treatment of renal cell cancer elderly patients

Газиев Л.Т., Атаханова Н.Э., Алмурадова Д.М.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Introduction. Many issues of tactics of treatment of elderly patients (60–74 years) and senile (over 75 years) age are still not completely clear. Still there is no algorithm of surgical treatment depending on the severity of the somatic state of the patient and life expectancy, no defined objective criteria of acceptability of the operations manual. Asymptomatic and effaced clinical picture is typical for elderly patients. Nephrectomy is the only effective method of treatment. Radical nephrectomy in patients of elderly and senile age are carried out in the absence of absolute contraindications mainly at stages I and II disease and, in some cases, at stage III. In cases of large tumors or bleeding from an inoperable tumor remains observation and symptomatic treatment. To date, the issue of portability operation in some patients is decided empirically based on the experience of the surgeon and/or doctors related specialties.

Material and methods. In the Department of urology Tagged MOH is about 80% of patients are patients older than 50 years, and more than half of all patients older than 60 years. We have analyzed the experience of treatment of 95 patients older than 60 years with a diagnosis of «tumor of the kidney». Men accounted for 53 people (55,7%), women – 42 (44,3%), including 10 men and 14 women were older than 75 years. Patients surveyed in the following scope: ultrasound, excretory urography, CT scan/MRI. Surgical treatment performed 78 patients: 38 men (48.7%) and women 40 (51.3 percent), and 15 men and 21 women were older than 70 years. 69 identified kidney cancer and nephrectomy in 9 – cancer of the renal pelvis or ureter and produced nephroureterectomy. Of the total number of elderly patients with newly diagnosed renal cell carcinoma, carcinoma of the pyelocaliceal system and ureter us every year is 4–5 patients an emergency surgical aid for health reasons.

Conclusions. Thus, the assessment of the status of the patient is still the most subjective part of the preoperative examination, and the biological age are not always determined by the number of years lived. Given the unpredictable dynamics of tumor development, we take a more active surgical tactics, in the same time leaving active surveillance for patients of elderly and senile age with severe physical status.

Качество жизни больных, оперированных по поводу высокодифференцированного рака щитовидной железы в детстве

Галеева А.В., Афанасьева З.А.

Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ, Казань;
Казанская государственная медицинская академия, Казань

В современной медицине актуальными являются вопросы качества жизни пациентов.

Цель исследования. Изучить качество жизни больных, оперированных в детстве по поводу высокодифференцированного рака щитовидной железы.

Материалы и методы. Основную группу составили 10 пациентов в возрасте от 14 до 48 лет, перенесших в детстве операции по поводу высокодифференцированного рака щитовидной железы. Для сравнения сформирована контрольная группа, состоящая из 10 здоровых человек в возрасте 15–49 лет.

Обе группы опрошены на предмет качества жизни методом анкетирования с помощью русскоязычной версии опросника MOS SF-36.

Результаты анкетирования представлены в баллах (от 0 до 100) по 8 шкалам: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, боль, общее здоровье, жизненная активность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, психологическое здоровье. При этом более высокий балл указывает на лучшее качество жизни.

Результаты исследования. Все 10 опрошенных больных перенесли в детстве оперативные вмешательства по поводу высокодифференцированного рака щитовидной железы в объеме гемитиреоидэктомии (2), субтотальной резекции щитовидной железы (1), тиреоидэктомии (7). Радиойодтерапию получили 3, дистанционно-лучевую терапию – 3 больных. Все пациенты в настоящее время получают L-тироксин, из них: 8 – в супрессивной, 2 – в заместительной дозе.

Сроки проведения опроса от момента оперативного вмешательства от 1 года до 33 лет.

Средние показатели по всем шкалам качества жизни пациентов, оперированных в детстве по поводу высокодифференцированного рака щитовидной железы, достоверно не отличаются от таковой группы контроля. Однако можно отметить наметившуюся тенденцию снижения качества жизни в основной группе по шкалам жизненной активности и психологического здоровья. Это может свидетельствовать о снижении жизненной активности, о большем утомлении, а также о возможном преобладании депрессивных переживаний, общем психическом неблагополучии опрошенных пациентов. Ввиду малой выборки испытуемых, требуется дальнейшее изучение качества жизни данной группы пациентов.

Непосредственные результаты лапароскопических вмешательств у больных раком прямой кишки

Галкин В.Н., Невольских А.А., Ерыгин Д.В., Рухадзе Г.О., Почуев Т.П., Бердов Б.А., Михалева Ю.Ю., Трищенков С.Ю.

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф.Цыба – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Обнинск

Введение. В последние годы в хирургии рака прямой кишки (РПК) все более широко применяются лапароскопические технологии, имеющие много преимуществ по сравнению с традиционной хирургией. К недостаткам лапароскопических операций относятся большая продолжительность и себестоимость операций, длительная кривая обучения хирурга.

Цель исследования: провести анализ непосредственных результатов лапароскопических операций у больных РПК.

Материал и методы. В период 2013–2016 гг. лапароскопические операции выполнены у 130 больных с аденокарциномами прямой кишки, локализованными на расстоянии до 15 см от анального края (медиана 9 см). Соотношение мужчин и женщин составило 1,2 : 1, медиана возраста больных – 61 (31–84) год, индекс массы тела – 26,3 (19,3–45,9) кг/м2. У 22 (16%) больных была установлена I клиническая стадия заболевания, у 32 (24%) – II, у 65 (50%) – III и у 12 (10%) – IV. В 53 (41%) случаях операции предшествовала лучевая терапия: у 49 (38%) в дозе 50 Гр в сочетании с химиотерапией в режиме CAPOX и у 4 (3%) больных в режиме интенсивного облучения в дозе 25 Гр.

Результаты. Сфинктеросохраняющие (передние резекции – 106, брюшно-анальные – 8) операции выполнены у 114 (86%) больных. У 10 пациентов (8%) операции носили комбинированный характер и у 15 (12%) вмешательства на первичном очаге дополнены парааортальной (9) или подвздошно-тазовой лимфодиссекцией (6). Конверсии вследствие спаечного процесса или выраженного местного распространения опухоли выполнены у 18 (14%) больных. Медиана длительности операций составила 240 (105–435) мин и сократилась с 305 мин в 2013 г. до 230 мин в 2016 г. ($p < 0,001$). Послеоперационные осложнения отмечены у 27 (21%) больных: у 19 – II степени и у 8 – III степени (Clavien-Dindo). Несостоятельность анастомоза после передней резекции была зарегистрирована у 11 (14%) больных. При морфологическом исследовании макропрепаратов удаленной прямой кишки хорошее качество мезоректумэктомии зафиксировано у 66 (51%) больных, удовлетворительное – у 32 (25%) и неудовлетворительное – у 5 (4%). Медиана длительности послеоперационного периода составила 9 (3–48) койко-дней и сократилась с 13 койко-дней в 2013 г. до 8 койко-дней в 2016 г. ($p < 0,001$).

Выводы. Полученный опыт подтверждает возможность выполнения лапароскопических операций при РПК

без нарушения онкологических принципов с приемлемой частотой послеоперационных осложнений.

Оптимизация диеты при подготовке к колоноскопии путем применения энтерального питания

Галяев А.В.[1], Мтвралашвили Д.А.[1], Ликутов А.А.[1], Веселов Вл.В.[2]

[1]Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н.Рыжих Минздрава России, Москва;
[2]Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Актуальность. Эффективность диагностической и оперативной колоноскопии в значительной мере зависит от качества подготовки толстой кишки к манипуляции, поэтому является крайне актуальной проблемой.

Материал и методы. Нами был проведен открытый проспективный сравнительный анализ качества подготовки толстой кишки у 150 пациентов (67 мужчин и 83 женщины, в возрасте от 20 до 65 лет), которым была выполнена диагностическая колоноскопия после использования в качестве диеты белкового или энтерального питания. Для оценки степени очищения кишечника использовалась шкала Лайкерта. субъективная оценка комфортности проводилась самим пациентом по 10-бальной шкале (от 0 – «отлично» до 10 – «крайне негативно»).

1 группа: в качестве единственного источника питания в течение 2 дней перед исследованием назначалась диета с использованием питания «Нутридринк» в количестве 6 бутылочек по 200 мл в сутки (утром в день колоноскопии разрешался прием 1–2 бутылочек «Нутридринк»); 2 группа: за два дня до исследования назначалась белковая диета в сочетании с «Нутридринк Компакт протеин» в количестве 3 бутылочек по 125 мл в сутки (утром в день колоноскопии разрешался прием 1–2 бутылочек «Нутридринк Компакт протеин»); 3 группа: при питании использовалась только белковая диета. Пациенты всех групп готовились к колоноскопии по одноэтапной вечерней схеме приема 3–4 литров препаратов полиэтиленгликоля.

Результаты. Достоверно лучше были подготовлены пациенты первой группы, принимавшие в качестве подготовительной диеты препарат Нутридринк, особенно по сравнению с пациентами 3-й группы, принимавшими стандартную белковую диету. Показатели самостоятельной оценки пациентами комфортности подготовки к колоноскопии в 1 группе составили 2,7 балла, во 2-й – 3,6 балла, а в 3-й – 4,7 балла. То есть, субъективная оценка комфортности оказалась наилучшей в 1 группе пациентов, использовавших Нутридринк как единственный источник питания.

Выводы. Применение энтерального питания оправдано в качестве замены белковой диеты при подготовке к колоноскопии, так как позволяет качественно подготовить толстую кишку для исследования, обеспечить полную суточную потребность в основных питательных веществах и улучшить качество жизни пациента в период подготовки.

Аспекты УЗД диагностики рака предстательной железы

Ганов Д.И., Зиновьев К.В.

Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул;
Диагностический центр Алтайского края, Барнаул

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований у мужчин среднего и пожилого возраста. Учитывая анатомические особенности предстательной железы, специфику клинического течения ее опухолевых заболеваний, современные методы ультразвуковой диагностики существенно улучшают выявляемость этого заболевания.

Цель работы: выявить некоторые наиболее часто встречающиеся ультразвуковые характеристики рака предстательной железы.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены протоколы ТРУЗИ предстательной железы у 54 пациентов с диагнозом РПЖ.

Результаты. Ультразвуковая картина РПЖ зависела от локализации опухолевого узла. Источниками РПЖ являются клетки периферической, транзиторных и центральной зон. Злокачественные образования в большинстве случаев имели неправильную форму, пониженную эхогенность, нечеткие неровные контуры, неоднородную структуру, часто с мелкими кальцинатами в толще узла, с неравномерно повышенной васкуляризацией. У 22 пациента с диагнозом РПЖ наблюдалась асимметричность простаты из-за локализации опухоли в периферической зоне одной из долей. В 12 случаях образования были расположены в центральной и транзиторных зонах. У 11 пациентов злокачественные образования были локализованы в аденоматозных узлах транзиторных зон ПЖ. В 9 случаях РПЖ была диффузно-неоднородно изменена вся ткань ПЖ, с нарушением архитектоники сосудистого рисунка ПЖ, при этом у 4 пациентов отмечался инвазивный рост опухоли ПЖ в заднюю стенку мочевого пузыря и у 2 пациентов – в переднюю стенку прямой кишки.

Выводы. Трансректальное ультразвуковое исследование с картированием внутриорганного кровотока является высокоинформативным методом диагностики рака предстательной железы. Сложность диагностики заболеваний ПЖ заключается в часто встречающихся случаях сочетанных поражений органа различными нозологическими формами, такими как: рак, доброкачественная гиперплазия и хронический простатит.

Ультразвуковые признаки ПИН

Ганов Д.И., Зиновьев К.В.

Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул;
Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул;
Диагностический центр Алтайского края, Барнаул

Введение. В работе онкоуролога мы все чаще встречаем пациентов с диагнозом простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН). Ведение таких больных остается во многом спорным вопросом. Выявление при биопсии простаты ПИН высокой степени в течение длительного времени считалось фактором высокого риска наличия у больного рака предстательной железы (РПЖ). Вместе с тем, в последние годы было опубликовано несколько работ о меньшей частоте встречаемости РПЖ у пациентов с высокой степенью ПИН при проведении первичной биопсии по расширенной схеме.

Цель исследования. Выявить наиболее часто встречающиеся ультразвуковые изменения в предстательной железе у пациентов с ПИН.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ 22 протоколов ТРУЗИ пациентов, которым выполнена биопсия предстательной железы. Возраст пациентов от 56 до 74 лет. Диагнозы у всех пациентов подтверждены гистологически.

Результаты. Всем пациентам был поставлен диагноз ПИН высокой степени. У 7 пациентов при последующей биопсии гистологически был выявлен РПЖ. Уровень ПСА варьировал от 4 до 18 нг/мл.

По данным ТРУЗИ предстательной железы, у всех пациентов был выявлен увеличенный объем предстательной железы (ПЖ), отмечалось наличие узловых образований в проекции транзиторных зон ПЖ, характерное для доброкачественной гиперплазии ПЖ. У всех пациентов узлы транзиторных зон были гипоэхогенны. При картировании кровотока зоны асимметрично повышенной васкуляризации не лоцировались. Ткани периферической зоны ПЖ у всех пациентов были интактны без гипоэхогенных участков и очагов деструкции. При пальцевом ректальном исследовании предстательной железы пальпируемых уплотнений на периферийных участках ПЖ не было.

Выводы. По данным ТРУЗИ у пациентов с ПИН определяется увеличение объема простаты, наличие гипоэхогенных узлов транзиторных зон ПЖ.

Риск выявления РПЖ при наличии ПИН в материале первичной биопсии у пациентов остается достаточно высоким.

Рак мочевого пузыря в Алтайском крае в 2011–2016 годах

Ганов Д.И., Федоскина А.В., Балаганская А.Б.

Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул;
Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул;
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель исследования: изучить заболеваемость раком мочевого пузыря в Алтайском крае в 2011–2016 гг.

Материалы и методы. На основании данных, полученных из канцер-регистра КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», была отслежена заболеваемость раком мочевого пузыря в 2011–2016 гг.

Результаты. Заболеваемость раком мочевого пузыря в Алтайском крае (на 100 тыс. населения) в 2011 году составила 11,0; в 2012 г. 11,9; в 2013 г. 11,8; в 2014 г. 11,8; в 2015 г. 12,1; в 2016 г. 12,0. Среди мужчин в Алтайском крае заболеваемость раком мочевого пузыря (на 100 тыс. населения) в 2011 г. составила 19,7; в 2012 г. 20,6; в 2013 г. 20,7; в 2014 г. 20,6; в 2015 г. 21,5; в 2016 г. 21,9. Прирост «грубого» показателя с 2004 года (17,5 на 100 тыс. населения) составил 18,3%. Прирост «грубого» показателя с 2007 года (20,3 на 100 тыс. населения) составил 7,9%. У женщин в 2011 г. рак мочевого пузыря составил 3,5; в 2012 г. 4,8; в 2013 г. 4,3; в 2014 г. 4,3; в 2015 г. 4,1; в 2016 г. 3,4. Прирост «грубого» показателя с 2004 года (4,4 на 100 тыс. населения) составил – 2,3%. Прирост «грубого» показателя с 2007 года (3,9 на 100 тыс. населения) составил – 12,8%.

Из числа злокачественных новообразований мочевого пузыря, выявленных в Алтайском крае, имели 1–2 стадию в 2011 г. 61,6%; в 2012 г. 56,7%; в 2013 г. 62,9%; в 2014 г. 66,9%; в 2015 году 62,6%; в 2016 году 60,9%.

Имели 3 стадию заболевания в 2011 г. 28,7%; в 2012 г. 31,6%; в 2013 г. 25,4%; в 2014 г. 25,6%; в 2015 году 25,5%; в 2016 г. 26,1%.

Имели 4 стадию заболевания 2011 год 4,9%; 2012 год 6,7%; 2013 год 6,8%; 2014 год 6,2%; 2015 год 5,8%; 2016 год 9,4%.

Смертность от рака мочевого пузыря в Алтайском крае на 100 тыс. населения в 2011 г. составила 4,4; в 2012 г. 4,8; в 2013 г. 5,5; в 2014 г. 3,9; в 2015 г. 3,4; в 2016 г. 4,3. Летальность на первый год с момента установления диагноза составила в 2011 г. 25,4%; 2012 г. 18,9%; 2013 год 24,5%; в 2014 г. 16,7%; 2015 г. 17,0%; 2016 год 17,7%.

Выводы: заболеваемость раком мочевого пузыря в Алтайском крае в 2011–2016 годах выросла (11,0 и 12,0 соответственно). Заболеваемость мужского населения намного выше, чем женского Летальность на первый год с момента установления диагноза с 2011–2016 уменьшилась.

Рак почки в Алтайском крае в 2016 году

Ганов Д.И., Федоскина А.В., Балаганская А.Б.

Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул;
Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул;
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель исследования: изучить заболеваемость раком почки и варианты его лечения в Алтайском крае в 2016 году.

Материалы и методы. На основании данных, полученных из канцер-регистра КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», были отслежены варианты лечения рака почки.

Результаты. В 2016 году в Алтайском крае число впервые в жизни выявленных злокачественных новообразований почки составило 547, из них 312 мужчин (57%) и 235 женщин (43%). Без посмертно выявленных – 534 человека.

Первая стадия заболевания выявлена у 263 человек (50,2%), вторая стадия у 94 человек (18%), третья стадия у 57 человек (11%), четвертая стадия у 109 человек (20,8%) (табл. 1).

Радикальное лечение было закончено в 2016 году (из числа злокачественных новообразований почки, выявленных в 2016 году в Алтайском крае) у 317 человек. Использовался только хирургический метод у 304 человек, только лучевой метод 0 человек, только лекарственный метод 0 человек, химиолучевой метод 0 человек, комбинированное или комплексное лечение (кроме химиолучевого) 13 человек (табл. 2). Лечение будет продолжено в 2017 году у 87 человек.

Морфологически диагноз был верифицирован у 371 человека (69,5%).

Выводы: в 2016 году рак почки в Алтайском крае чаще выявлялся у мужчин, чем у женщин (57 и 43% соответственно). Преимущественно рак почки был диагностирован в 1 стадии (50,2%). Основной метод лечения рака почки хирургический.

Таблица 1. **Распределение рака почки по стадиям в Алтайском крае в 2016 г. (оба пола)**

Стадия рака почки	Абсолютное число	%
Первая	263	50,2
Вторая	94	18
Третья	57	11
Четвертая	109	20,8

Таблица 2. **Методы радикального лечения рака почки в Алтайском крае в 2016 г.**

Метод	Абсолютное число пролеченных пациентов
Только хирургический	304
Только лучевой	0
Только лекарственный	0
Химиолучевой	0
Комбинированный или комплексный	13

Хирургическое лечение пациентов с раком кожи носа

Гарев А.В., Васильев Ю.С., Гузь А.О., Захаров А.С.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябиснк

Являясь фокусной точкой лица, наружный нос несет важную функцию по идентификации личности в социуме. Поэтому дефекты носа становятся тяжелейшим психотравмирующим фактором. Для выполнения успешных операций онкологи должны владеть методиками реконструктивной пластической и эстетической хирургии. Это необходимо для более точного планирования пластики и получения оптимального эстетического результата.

Цель работы: проанализировать результаты хирургического лечения пациентов с раком кожи носа.

Материалы и методы. С 2008 года по 2015 год в отделении опухолей головы и шеи ГБУЗ ЧОКОД по поводу рака кожи наружного носа получили хирургическое лечение 184 пациента, из них 125 первичных пациента и 59 с рецидивом. Возраст варьировал от 49 до 89 лет, пик заболеваемости пришелся на возраст 55 ± 1,5 года, среди них 98 (53%) женщин и 86 (47%) мужчин. У 149 выявлен базальноклеточный рак, 17 плоскоклеточный, 16 метатипический, 2 случая рак из придатков кожи. Опухоль чаще располагалась на крыльях носа (45%), спинке (22%), скате (22%), реже на кончике носа (11%). Пластика местными тканями выполнена в 36 случаях, дистанционные лоскут в 6, локальные лоскуты в 142: из них парамедиальный лоскут (n = 56), что обусловлено надежностью кровоснабжения и подходящей толщиной, и структурой ткани лоскута к коже носа. 32% пациентов были направлены на операцию после консервативного лечения, криодеструкция (n = 19), фотодинамической терапия (n = 18) и лучевая терапия (n = 16). Рецидивы после хирургического лечения встречались в 10% случаев (n = 6).

Рецидивы и отмечены в 10% случаев. У 75% рецидивы возникали после иссечения опухолей кожи крыла носа. Частота рецидивов у пациентов с опухолями в области крыла носа составила 20%. При проведении статистического анализа выявлено, что в области крыла носа рецидивы выявляются достоверно чаще, чем при локализации опухолей в других анатомических областях (p = 0,048).

Выводы:

1. Хирургическое вмешательство метод выбора при проведении радикального лечения: лучшие показатели локального контроля (10% рецидива).

2. При локализации опухоли в области крыла носа, целесообразно расширять объем вмешательства, даже при отсутствии признаков поражения внутренней выстилки.

3. Оптимальным лоскутом для всех локализаций дефектов носа является парамедиальный лоскут.

Особенности интраэпителиальных микробных сообществ в опухолях прямой и ободочной кишки

Гатауллин И.Г., Ильинская О.Н., Сафиуллина Д.Р., Мамедзаде К.Р.

Казанская государственная медицинская академия – филиал РМАНПО Минздрава России, Казань; Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань

Актуальность. Для ряда заболеваний немикробной этиологии обнаружена сложная взаимосвязь между определенными инфекциями и некоторыми формами рака.

Целью исследования явилось выделение и характеристика культивируемых факультативно аэробных бактерий из биоптатов слизистой толстой кишки.

Материалы и методы. Изучены блиоптаты опухоли и неизмененной слизистой ободочной и прямой кишки у 50 больных колоректальным раком. Проводили суспензирование секционного материала и его посев на питательные среды с последующей дифференциацией выделенных бактерий.

Результаты исследования. Анализ микрофлоры биоптатов опухоли и непораженной слизистой методами классической микробиологии позволил выделить доминирующие группы бактерий, характерные для ткани опухоли, и неповрежденного эпителия. Установлено, что для неповрежденного эпителия характерно преобладание грамположительных палочек (73,3%) и кокков (20,0%), в то время как ткань опухоли была в основном обсеменена грамотрицательными палочками (76,2%). Отмечено, что грамположительные кокки обнаруживаются только в образцах неповрежденного эпителия. Для непораженного эпителия характерно присутствие бактерий семейств *Lactobacillaceae* и *Enterobacteriaceae*, не обладающих антагонистической и гемолитической активностями, но способных продуцировать секретируемые рибонуклеазы. Среди представителей семейства *Staphylococcaceae*, высеянных только со здорового эпителия, более половины – гемолитики, не проявляющие антагонистическую активность по отношению к *Escherichia coli*. Доля бактерий с антагонистическими свойствами и гемолитиков семейства *Enterobacteriaceae* на малигнизированном эпителии значительно выше, чем на неповрежденном.

Заключение. В зоне роста колоректальной карциномы наблюдается смена ассоциированных с эпителием интраэпителиальных микробных сообществ. При этом возрастает доля представителей *Enterobacteriaceae*, обладающих гемолитической, экзорибонуклеазной активностью, и снижется доля лактобацилл. Таким образом, бактериальная микрофлора трансформированной ткани может служить маркером патофизиологических изменений эпителия кишечника при колоректальном раке.

Профилактика послеоперционной гиперкоагуляции у больных колоректальным раком

Гатауллин И.Г., Фролов С.А.

Казанская государственная медицинская академия – филиал РМАНПО Минздрава России, Казань; Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Актуальность. В современной онкохирургии выполнение травматичных обширных хирургических вмешательств у пациентов пожилого возраста, нередко с тяжелой сопутствующей патологией, сопровождается высоким риском развития послеоперационной гиперкоагуляции. Указанный факт заставляет искать новые пути решения этой важной проблемы.

Цель исследования: оценить влияние озонотерапии на показатели коагулограммы в послеоперационном периоде и уровень послеоперационных осложнений у больных колоректальным раком.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 100 больных колоректальным раком, которые были рандомизированы в 2 группы: основную – 50 пациентов, которым в периоперационном периоде проводили сеансы озонотерапии в дополнение к стандартной терапии, контрольную – 50 пациентов, которые получали стандартную комплексную терапию в послеоперационном периоде. Приготовление раствора осуществлялось на медицинской озонотерапевтической установке УОТА – 60 – 01 «Медозон». Концентрации озона в растворе составляла 1–6 мкг/мл Эффективность системного применения озонотерапии путем внутривенной инфузии озонированного физиологического раствора оценивали, исследуя в динамике показатели коагулограммы. Изучение показателей коагулограммы осуществлялось до операции и на 2, 4, 6 сутки после операции.

Результаты. У больных колоректальным раком в послеоперационном периоде отмечается тенденция к гиперкоагуляции в системе плазменно-коагуляционного гемостаза. Сеансы внутривенной озонотерапии позволяют добиться сдвигов показателей плазменного-коагуляционного гемостаза в послеоперационном периоде в сторону нормо- или умеренной гипокоагуляции. Благодаря проведению сеансов озонотерапии в периоперационном периоде у больных колоректальном раком удалось снизить количество послеоперационных осложнений с 22 до 14%.

Заключение. Полученные результаты позволяют оценить разработанные мероприятия как безопасные и эффективные для профилактики послеоперационных осложнений, способствующим фактором которых может стать послеоперационная гиперкоагуляция.

Мутации гена K-RAS как фактор прогноза у больных колоректальным раком

Гатауллин И.Г., Шакиров Р.К., Гордиев М.Г., Гатауллин Б.И.

Казанская государственная медицинская академия – филиал РМАНПО Минздрава России, Казань; Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, Казань

Актуальность. Одной из важнейших соматических мутаций, обнаруженных в опухолях толстой кишки, является мутация в гене KRAS, выявляемая с частотой от 30 до 50%. Мутация в гене KRAS может стать новым фактором прогноза в рамках даже одной и той же стадии заболевания.

Цель исследования: выявление частоты мутации в гене KRAS у больных колоректальным раком в Республике Татарстан, и оценка влияния мутации на течение и прогноз заболевания.

Материалы и методы. В исследование включены 120 больных колоректальным раком, получивших комбинированное лечение в ГАУЗ «РКОД МЗ Республики Татарстан». Пациентам был проведен генетический анализ на наличие мутации в гене KRAS на материале, полученном в результате оперативного вмешательства.

Результаты собственных исследований. Из 120 пациентов у 35 (26,7%) выявлена мутация в гене KRAS, у 85 пациентов имелся «дикий» тип гена KRAS. При этом 25 мутаций обнаружено в 12 и 13 кодонах, 7 мутаций в 61 кодоне и 3 – в 146 кодоне. Результаты исследования показали, что у русского населения мутантный тип гена KRAS выявляется чаще (в 38,9%) чем у татарского населения (в 21,2%) (p = 0,045). Мутация в гене KRAS чаще встречалась у женщин чем у мужчин (37,7 и 20,3% соответственно). Данные зависимости значимы (p = 0,045). Опухоли толстой кишки с мутантным геном KRAS более склонны к лимфогенному метастазированию (в 54,2%), чем опухоли с «диким» типом (в 45,8%), что косвенно свидетельствует о более агрессивном течении опухолевого процесса при мутантном типе гена (p = 0,004). Больные с мутантным типом гена чаще имеют отдаленные синхронные метастазы (в 63,6%), чем больные с «диким» типом (в 36,4%) Данная зависимость является статистически значимой (p = 0,0001). Годичная выживаемость пациентов с «диким» типом гена KRAS составила 96,5%, с мутантным типом гена 88,6% (p = 0,0012).

Заключение. Таким образом, опухоль с мутантным типом гена K-RAS обладает агрессивным течением и высоким потенциалом к метастазированию. Мутация гена в опухоли может служить независимым значимым прогностическим признаком для оценки течения и исхода заболевания.

Паллиативная фотодинамическая терапия при стенозирующем центральном раке легкого

Гатьятов Р.Р., Важенин А.В., Яйцев С.В., Лукин А.А., Гюлов Х.Я., Кулаев К.И., Мирончeнко М.Н., Манцырев Е.О., Гнатюк Я.А., Тимофеев С.Н., Колосова Е.С., Печерица Е.Д.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Цель: оценить эффективность фотодинамической терапии (ФДТ) в лечении стенозирующего центрального рака легкого.

Материалы и методы: в отделение торакальной онкологии ЧОКОД с 2009 по 2014 гг. проведен анализ результатов терапии 122 пациентов с центральным стенозирующим раком легкого. Так же проведена оценка медианы выживаемости 2 групп пациентов с центральным плоскоклеточным раком легкого IV стадии: в 1 группу вошли пациенты, которые получали паллиативную химиотерапию + ФДТ, во 2 группу – пациенты, получившие только паллиативную химиотерапию.

Результаты. Эффективность оценивали по следующим критериям: 1) динамика жалоб: уменьшение одышки, кашля, кровохарканья; 2) эндоскопическая картина; 3) рентгенологическая картина; 4) показатели спирометрии. Контрольные исследования проводились через 4–5 нед.

Уменьшение одышки отметили 82 пациента, исчезновение – 1, отсутствие эффекта – 12, усиление – 4; уменьшение кашля – 81 пациент, у 5 – кашель прекратился, у 16 – без эффекта, у 4 – усилился. Кровохарканье уменьшилось у 12 пациентов, у 1 – без эффекта, у 1 – усиление. (p < 0,0001). Положительная рентгенологическая и эндоскопическая картина в виде увеличения просвета бронхов, разрешения ателектаза и уменьшения вентиляционных нарушений была выявлена у 88 (72,1%) пациентов (p < 0,0001). У 34 (27,9%) пациентов изменений при рентгенологическом контроле не выявлено либо выявлена отрицательная динамика.

Прирост ЖЕЛ в среднем составил 13,4%, ОФВ1 – 18,4%, при этом уменьшение ЖЕЛ и ОФВ1 зарегистрированное у 30,3% исследуемых составили 14 и 12,5% соответственно (p < 0,0001).

Медиана выживаемости в 1 группе составила 13,31 мес, во 2 группе – 8,09 мес (p = 0,038).

Выводы: ФДТ является эффективной при паллиативном лечении злокачественных стенозирующих опухолей бронхов. Применение ФДТ в комплексном лечении пациентов с центральным плоскоклеточным раком легкого IV стадии увеличивает медиану выживаемости данной категории пациентов. Метод ФДТ не сопряжен со значительными техническими трудностями, обладает выраженной паллиативной эффективностью.

Применение водоструйного диссектора при выполнении нервосберегающей простатэктомии

Геворгян Г.С., Костин А.А., Воробьев Н.В., Нюшко К.М.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Москва

Актуальность: успешное сохранение сосудисто-нервного пучка (СНП) при выполнении нервосберегающей простатэктомии (НСП) у больных локализованным раком предстательной железы является сложной хирургической задачей. При выполнении операции с помощью водоструйной диссекции благодаря селективному рассечению тканей тонкой струей воды, выполняется мобилизация предстательной железы из ложа. Применение данной методики дает возможность хирургу выполнять более точную, быструю и деликатную диссекцию СНП, что позволяет сохранить эректильную функцию (ЭФ), удержание мочи и минимизирует интраоперационную кровопотерю.

Материалы и методы: в отделении онкоурологии МНИОИ им. П.А.Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России с 07. 2016 г. по 11. 2016 г. выполнено 10 операций в объеме НСРП с использованием водоструйного диссектора, из них у 9 пациентов СНП сохранен с двух сторон, в 1 случае с одной стороны. У всех пациентов верифицирован локализованный рак предстательной железы I, II стадии (cT1c-T2a), низкого риска прогрессирования. Во всех случаях сумма баллов по Глисону до операции 6 (3+3) баллов. Среднее значение ПСА до лечения – 7,3 нг/мл. Возраст пациентов варьировал от 52 до 62 лет. Средний период наблюдения составил 3 мес. ЭФ оценивали с помощью Международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5), средний балл до операции составил 22. При плановом морфологическом исследовании категория Т распределилась следующим образом: в 7 случаях pT2c, в 2 - pT2b, в 1 – pT3a. Сумма баллов по Глисону в 8 случаях составила 6 (3+3) и в 2 случаях 7 (3+4) баллов. Во всех случаях хирургические вмешательства выполнены радикально (R0). Интраоперационная кровопотеря во всех случаях была минимальна (в среднем 300 мл).

Результаты: у всех пациентов проанализирована ЭФ, континенция мочи через 3 месяца после операции. ЭФ восстановилась у 7 (70%) пациентов. Средний балл МИЭФ-5 составил 15,5. Полное удержание мочи наблюдалось у 8 (80%) пациентов, не удержания мочи не отмечалось.

Выводы: таким образом, в настоящее время использование водоструйной диссекии является безопасным и эффективным методом для облегчения выполнения НСП. Дальнейшее совершенствование и применение водоструйного диссектора, более длительное наблюдение и оценка полученных результатов может привести к совершенствованию данного метода и оптимизации возможностей сохранения ЭФ у пациентов после НСП.

Группа высокого риска прогрессирования больных дифференцированным раком щитовидной железы: влияние ПЭТ/КТ-18-ФДГ на тактику лечения и прогноз заболевания

Гелиашвили Т.М., Важенин А.В., Васильева Е.Б., Афанасьева Н.Г., Важенина Д.А.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Распространенные стадии опухолевого процесса и наличие отдаленных метастазов в первичном диагнозе ассоциируются с плохой общей и безрецидивной выживаемостью у пациентов с дифференцированным раком щитовидной железы (ДРЩЖ).

Цель. Оценить роль ПЭТ/КТ в группе высокого риска прогрессирования больных ДРЩЖ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ ПЭТ/КТ исследований 30 больных (мужчин – 5, женщин – 25, средний возраст – 58 лет) с ДРЩЖ из группы высокого риска прогрессирования после тиреоидэктомии и радиойодаблации. ПЭТ/КТ проведено в течение 6 месяцев после радиойодаблации. В 16 случаях (53,3%) ПЭТ/КТ проведена на фоне ТТГ-стимуляции, в 14 (46,7%) – без отмены L-тироксина.

Результаты. Положительный результат ПЭТ/КТ получен у 20 больных (66,7%): локо-регионарный рецидив – 9 (45%), отдаленные метастазы – 7 (35%), сочетание локо-регионарного рецидива с отдаленными метастазами – 4 (20%). Отрицательный результат ПЭТ/КТ получен у 10 (33,3%). Суммарно по 13 (44,3%) ПЭТ/КТ диагностирован локо-регионарный рецидив. В 9 случаях выполнено оперативное вмешательство; во всех случаях рецидив гистологически верифицирован. По данным ПЭТ/КТ стадия заболевания изменена у 6 больных (20%). В группе с положительным результатом ПЭТ/КТ у 3 больных отмечен повышенный уровень антител к тиреоглобулину (АТкТГ), у 7 – уровень ТГ > 450 нг/мл, у остальных 10-ТГ находился в диапазоне 11-400 нг/мл (средний уровень 130 нг/мл). В группе с отрицательным результатом ПЭТ/КТ у 3 больных отмечен высокий уровень АТкТГ, средний уровень ТГ-45нг/мл (7-130 нг/мл).

Выводы: ПЭТ/КТ поменяла тактику лечения в 30% случаев, изменила стадию заболевания на более распространенную в 20% случаев. ПЭТ/КТ способна оптимизировать первичное лечение больных ДРЩЖ из группы высокого риска прогрессирования. Уровень тиреоглобулина может служить независимым прогностическим фактором позитивности ПЭТ/КТ (ТГ > 20 нг/мл). Уровень SUVmax может использоваться в выборе тактики лечения рецидива (хирургическая, ДЛТ-SUVmax >5,0).

Гипертермия в клинической радиологии

Гильманова Д.Р., Батталова Г.Ю.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Башкортостан, Уфа

Основная задача современной радиационной онкологии–соблюдение баланса между риском возможных лучевых осложнений и достижением высоких показателей выживаемости. Эти обстоятельства диктуют необходимость внедрения новых радиосенсибилизаторов и значительный интерес представляет комбинация лучевой терапии (ЛТ) с локальной гипертермией (ГТ). Применение ГТ совместно с ЛТ: удваивает эффективность ЛТ, ГТ эффективна в отношении гипоксических клеток, резистентных к ЛТ, действует на другие фазы клеточного цикла, предупреждает постлучевую репарацию злокачественных клеток. На I Всесоюзном симпозиуме по ГТ, состоявшемся в Москве в 1986 г., было констатировано, что есть все основания считать ГТ надежным средством повышения эффективности лучевой и химиотерапии. В 2001 г. на ежегодной конференции NAHC P.K.Sneed (Голландия) сообщил о результатах III фазы рандомизированных клинических исследований сочетания ЛТ и ГТ. Частота полной ремиссии (ПР) меланомы при ЛТ с ГТ составила 46 против 28% только ЛТ, рецидива рака молочной железы (РМЖ) – 60 против 38%, поздних стадий рака шейки матки (РШМ) – 83 против 57%, а 2-летняя выживаемость при глиобластоме составила 31% против 15%. В 2005 г. журнал CANCER сообщил о 90% эффективности лечения пациентов с поздними стадиями РШМ при сочетании ГТ с ЛТ и химиотерапией (ХТ). В 2007 г. NCCN включила в свои рекомендации комбинацию ГТ с ЛТ при рецидивном локорегиональном РМЖ. В исследовании III фазы, проведенном в Германии, представленном на ежегодном собрании ASCO в 2007 г. участвовало 342 пациента, страдающих саркомой и прошедших лечение с применением ХТ с ЛТ в сочетании или без ГТ: 37% пациентов, прошедших лечение ГТ, получили в 37% случаев сокращение наполовину объема опухоли, по сравнению с 12% в группе лиц, без ГТ. Средняя безрецидивная выживаемость с применением ГТ либо без нее составила 30 и 16 месяцев. С 2009 г. ESMO включило применение локальной ГТ в «Клинические рекомендации по диагностике, лечению и последующему наблюдению больных при саркоме мягких тканей». В результате исследований II фазы, представленных в апреле 2008 г. в Мюнхене на X конгрессе Международной Конференции гипертермической онкологии, выполненных на 18 пациентах, получивших лечение РШМ с использованием ЛТ в сочетании с ГТ и Цисплатина, ПР составила 66%, частичная – 34%; с последующим наблюдением в течение 44 мес, безрецидивная и общая выживаемость составили 50 и 66%.

Результаты проспективного исследования состояния ипсилатеральных долевых лимфатических узлов

Гильметдинов А.Ф., Потанин В.П.

Казанская государственная медицинская академия – филиал РМАНПО, Казань

Цель – проспективное исследование состояния ипсилатеральных долевых лимфатических узлов.

Материалы и методы. Проспективное исследование состояния ипсилатеральных долевых лимфатических узлов включает 2 группы пациентов: исследуемую (40 пациентов) и контрольную (40 пациентов).

Общие условия включения в исследование (на основании показаний, сформулированных по результатам проведенного ранее ретроспективного исследования): периферический рак без клинического поражения регионарных лимфоузлов (cN0), центральный рак без клинического поражения или с поражением регионарных лимфоузлов первого уровня (cN0-1), объем операции (лобэктомия или пульмонэктомия), морфологический вариант (плоскоклеточный рак, железистый рак), отсутствие неоадъювантного лечения.

Ипсилатеральная долевая лимфатическая диссекция проведена 40 пациентам с диагнозом немелкоклеточный рак легкого при выполнении хирургического лечения в радикальном объеме (резекция легкого с систематической лимфатической диссекцией) в условиях торакального отделения №1 ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», г.Казань, и онкологического отделения ГАУЗ РТ «БСМП», г. Набережные Челны. При лобэктомии диссекции подвергнуты ипсилатеральные долевые лимфатические узлы остающихся долей, а при пульмонэктомии ипсилатеральные лимфатические узлы непораженной доли удалены на макропрепарате после выполнения хирургического вмешательства. После выполнения ипсилатеральной долевой лимфодиссекции, данные лимфоузлы отдельно маркированы и направлены на плановое гистологическое исследование.

Результаты. По результатам проспективного исследования частота метастатического поражения ипсилатеральных долевых лимфатических узлов равна 35% (14 из 40 пациентов). При этом, более чем в половине случаев поражения данных лимфоузлов другие группы внутригрудных лимфоузлов были интактны (57%). По результатам анализа исследуемой и контрольной группы ипсилатеральная долевая лимфатическая диссекция не оказывает влияния на течение раннего послеоперационного периода и развитие ранних послеоперационных осложнений.

Поиск мутаций в генах системы репарации ДНК у пациентов с раком предстательной железы

Гилязова И.Р., Кунсбаева Г.Б., Мустафин А.Т., Павлов В.Н., Хуснутдинова Э.К.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Рак предстательной железы (РПЖ) считается одной из самых серьезных медицинских проблем среди мужского населения. Исследования последних лет, посвященные оценке мутационного BRCA2 были выявлены в 12,7% случаев, герминальные – в 5,3% случаев. Хотя частота мутаций в генах BRCA1/2 достаточно хорошо изучена, их влияние на прогноз заболевания и терапевтический ответ остаются неясными.

Информация о мутациях в генах системы репарации ДНК является важной для медико-генетического консультирования семьи, в т.ч. выявления предрасположенности к раку и определения стратегии по снижению риска возникновения заболевания профиля при первичном РПЖ, показали наличие рекуррентных мутаций в генах FOXA1, SPOP, TP53, и PTEN. Несмотря на значительные достижения в исследованиях онкологических заболеваний, их ранняя диагностика и лечение, установление новых маркеров, обладающих высокой точностью и специфичностью, способных предсказать агрессивность опухоли и прогноз течения заболевания у пациента, по-прежнему являются актуальной проблемой.

Целью исследования был мутаций в генах системы репарации ДНК у пациентов с раком предстательной железы.

В работе использовано 124 образца ДНК, выделенных из периферической крови неродственных больных с РПЖ из Башкортостана. Выделение ДНК из периферической крови проводили методом последовательной фенольно-хлороформной экстракции. В работе применялись следующие методы: полимеразная цепная реакция (ПЦР); анализ кривых плавления с высокой разрешающей способностью (HRM) на CFX96 Touch™ Real-Time PCR Detection System с использованием флуоресцентного красителя EvaGreen; прямое секвенирование на автоматическом секвенаторе ABI PRISM 3100 согласно протоколу фирмы производителя.

В результате исследований у 15% пациентов обнаружены мутации в генах ATM, BRCA1, BRCA2, MSH6, NBN, PMS2P3, RAD51C, EXO5, поддерживающих целостность ДНК. При анализе клинико-генетических корреляций показано, что у пациентов с мутациями в генах BRCA1/BRCA2 наблюдается более тяжелое течение заболевания по сравнению с пациентами без мутаций в указанных генах. В литературе имеются исследования, посвященные изучению генов репарации ДНК при РПЖ. Так, Castro E. et al. обнаружили, что 22,7% образцов биопсии РПЖ имели дефекты в генах репарации ДНК, в том числе 8% – герминальные мутации в генах репарации ДНК BRCA1/2, ATM, CDK12, FANCA, RAD51B и RAD51C. Соматические изменения в гене.

Гипертермия как дополнительная опция в лечении больных плоскоклеточным раком анального канала

Глебовская В.В., Ткачев С.И., Иванов С.М., Назаренко А.В., Булычкин П.В., Расулов А.О., Гордеев С.С., Трофимова О.П., Борисова Т.Н., Тимошкина Е.В., Сураева Ю.Э.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Цель: оценка уровня локорегионарного рецидивирования и отдаленного метастазирования, степени токсичности химиолучевой терапии при сочетании ее с локальной гипертермией у больных плоскоклеточным раком анального канала в стадии T1-4N0,1-3M0-1.

Материалы и методы. С 2011 по 2015 годы 112 больным плоскоклеточным раком анального канала проведено комплексное лечение, включающее химиотерапию, 3D конформную лучевую терапию и ее варианты – с модулированной интенсивностью (IMRT), объемно-модулированную лучевую терапию арками (VMAT) и локальную гипертермию. Стадирование опухолевого процесса выполнялось по системе TNM (7-я редакция). I стадия установлена у 4 (3,6%) больных, II у 39 (34,8%) больных; IIIA у 33 (29,5%) больных, IIIB – 34 (30,3%) больных и IV у 2 (1,8%) больных. Медиана средней продолжительности прослеживания составила 32 месяца (диапазон 3–63 месяцев). Локальная гипертермия проведена 81 (72,3%) пациентам.

Результаты. В течение двухлетнего периода наблюдения опухоль не определяется у 82 (73,2%) больных. Все рецидивы, вне зависимости от варианта комплексного лечения, возникли при местнораспространенной форме (IIIA/IIIB стадии болезни), из которых достоверно чаще 22,2% в группе без применения ГТ и 4,7% в группе с применением радиомодификатора, $p = 0{,}038$. Отдаленные метастазы выявлены в 9,4% случаев у пациентов, получивших гипертермию, и в 11,1% случаев при отсутствии радиомодификатора, $p = 1$. Установлено также, что применение локальной гипертермии ассоциируется с достоверным увеличением ранней дерматологической токсичности II степени, $p = 0{,}056$.

Вывод. Локальная гипертермия и усовершенствованные технологии конформной лучевой терапии повлияли достоверно на уменьшение частоты локорегионарных рецидивов. Однако их влияния на уменьшение отдаленного метастазирования отсутствует вне зависимости от комбинации в схемах химиотерапии. Переносимость сочетанного использования химиолучевой терапии с гипертермией не вызвало дополнительных осложнений.

Роль лучевой терапии в лечении местнораспространенных опухолей прямой кишки

Глотов С.С., Игитов В.И., Суворов В.В.

Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул;
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул;
Алтайский государственный педагогический университет, Барнаул

Основными методами лечения рака прямой кишки являются хирургический и комбинированный. Проблемными остаются случаи нерезектабельного (местно-распространенного) процесса со стадией T4N 0-2M0. Нами проведен анализ лечения данной категории больных в АКОД за период 1999–2010 гг. с использованием на одном из этапов комплексного лечения курса лучевой терапии. За указанный период пролечено 52 пациентов с данными стадиями процесса. Из них 46 (88,5%) пациентам на первом этапом лечения была наложена превентивная сигмостома, 6 пациентам (11,5%) сигмостомия не была проведена. У 34 больных (65,4%) распространенность процесса выявлена при пробной лапаротомии, у 18 (34,6%) диагноз установлен по клинико-рентгенологическим данным. Гистологическая верификация – в 100%. Исследуемая группа состоит из 28 (53,8%) женщин и 24 (46,2%) мужчин в возрасте: 30–39 лет 4 чел. (7,7%), 40–49 лет 14 чел. (26,9%), 50–59 лет 17 чел. (32,7%), 60–69 лет 15 чел. (28,8%), старше 70 лет 2 чел. (3,8%). Распространенность местного процесса на кости таза – 37 (71,1%), на соседние органы – 6 (11,5%), анус и перианальную кожу – 9 (17,3%). Распределение по суммарной очаговой дозе: 40–50 Гр – 13 (25%), 50–60 Гр – 19 (36,5%), 60–70 Гр – 16 (30,8%), более 70 Гр – 4 (7,7%). Лучевая терапия проводилась на гамма-терапевтическом комплексе «РОКУС-АМ» в статическом многопольном и подвижном вариантах подведения облучения с использованием планирующих систем «ТОНКИЙ ЛУЧ» и «ГАММАПЛАН». Лучевая терапия при подведении СОД более 50 Гр проводилась с расщеплением курса. У 22 пациентов (42,3%) курс лучевой терапии проводился на фоне общей магнитотерапии на аппарате «МАГНИТОР АМП», у 38 (73%) были проведены курсы полихимиотерапии до-, либо после проведения лучевого лечения. Одногодичная летальность в анализируемой группе составила 40,4% (21 больных), причем, у 9 пациентов (17,3%) доза лучевой терапии составила 40–50 Гр. В сроки от 12 до 24 мес умерло 17 (32,7%) больных, от 24 до 36 мес – 13 (25%) больных, более 36 мес прожило 2 больных (3,8%). Длительность жизни у пациентов, которым проводилось лучевое лечение на фоне общей магнитотерапии и курсов ПХТ до-, либо после проведения ДЛТ составила от 15 до 36 месяцев (18 чел. – 34,6%), причем, 8 пациентов прожили более 2 лет.

Выводы: 1. Применение лучевого метода лечения в терапии местнораспространенного рака прямой кишки является одним из основных в комплексной терапии.

Диагностическая биопсия сигнального лимфатического узла с использованием флуоресцентной лимфографии у больных раком молочной железы

Горностаева А.С., Кузнецов А.В., Шакирова Н.М., Анурова О.А., Козлов Н.А., Карпов А.В., Масляев А.В., Кампова-Полевая Е.Б., Мистакопуло Ф.Н.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Актуальность. К новым технологиям поиска сигнального лимфоузла (СЛУ) относится технология флуоресцентной лимфографии с использованием зеленого индоцианина. Флуоресцентная лимфография не уступает радионуклидной технологии по частоте нахождения СЛУ (97,5–100%), однако адекватность первой почти не оценена по показателю частоты ложноотрицательных заключений.

Цель. Изучение возможности биопсии СЛУ методом флуоресцентной лимфографии с оценкой основных диагностических характеристик метода: частоты нахождения СЛУ и частоты ложноотрицательных ответов.

Материалы и методы. Прооперированы 120 больные раком молочной железы (РМЖ) 0-III стадий, в том числе: 1) 9 больных РМЖ с TisN0M0; 2) 81 больных РМЖ cT1-4N0M0; 3) 29 больных РМЖ cT1-4N1-3M0 после эффективной системной терапии с неопределяемыми регионарными метастазами. Больным первой группы выполнялись биопсия СЛУ и мастэктомия с первичной реконструкцией. Дополнительная подмышечная лимфаденэктомия не производилась. Больным второй и третьей групп первым этапом операции выполнялась биопсия СЛУ, затем – органосохраняющая операция или радикальная мастэктомия с сохранением грудных мышц +/- первичная реконструкция молочной железы + подмышечная лимфаденэктомия I–II или I–II–III уровней.

Результаты. В первой группе СЛУ был найден у 8, у всех – без метастатического поражения. В 3 случаях из 8 при плановом гистологическом исследовании выявлена инвазивная форма рака cT1aN0M0-T1N0M0. Во второй группе СЛУ найден у 79 – в 97,5%. В 31 случае из 79 обнаружены метастазы в СЛУ (39,2%). Ложноотрицательный результат получен в 3 случаях из 79 (3.8%). При РМЖ cT1-4N1-3M0 после эффективной системной терапии с исчезновением регионарных метастазов из 29 больных третьей группы СЛУ найден у 25 – в 86,2%. В 6 случаях из 25 обнаружены метастазы в СЛУ (24%). Ложноотрицательный результат у 2 из 25 (8%). Частота нахождения СЛУ у больных с cN0 и частота ложноотрицательных ответов оказались на приемлемом уровне, – 97,5 и 3,8% соответственно.

Выводы. По нашей предварительной оценке, у больных с cN0, метод не уступает радионуклидному методу по частоте обнаружения СЛУ и частоте ложноотрицательных результатов. Очевидным преимуществом флуоресцентного метода является отсутствие лучевой нагрузки на пациента и персонал.

Изучение биохимических особенностей включения в комплекс противоопухолевого лечения больных раком шейки матки лечебного плазмафереза и иммуномодулятора Аллокин-Альфа

Горошинская И.А., Меньшенина А.П., Моисеенко Т.И., Ушакова Н.Д., Немашкалова Л.А., Чудилова А.В., Кит О.И.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Клинические особенности рака шейки матки (РШМ) обуславливают актуальность разработки персонализированной тактики лечения больных с включением методов молекулярной детоксикации и иммунотерапии. Целью работы была оценка степени эндогенной интоксикации и интенсивности окислительных процессов в крови больных РШМ в зависимости от эффективности противоопухолевого лечения. В крови 62 больных РШМ были изучены уровень молекул средней массы (МСМ254 и МСМ280), отражающий накопление токсических лигандов, для суждения о детоксикационном потенциале крови – уровень общей и эффективной концентрации альбумина (соответственно ОКА и ЭКА), его сорбционная способность (ЭКА/ОКА • 100%), коэффициент интоксикации (МСМ254/ЭКА • 1000) и индекс токсичности (ОКА/ЭКА – 1). О состоянии окислительных процессов судили по содержанию малонового диальдегида (МДА), активности супероксиддисмутазы и каталазы. Сравнительный анализ изученных биохимических показателей проведен у больных РШМ, получавших разные варианты противоопухолевого лечения (43 с включением плазмафереза, из которых 22 после проведения химиотерапии по стандартной схеме, включавшей цисплатин и блеомицетин, вводился аллокин-альфа 6 раз через день, подкожно; 19 больных контрольной группы получали только химиотерапию). Установлено, что проведение плазмафереза приводит к нормализации уровня продуктов эндотоксикоза в крови больных с исходно повышенным уровнем молекул средней массы. У больных с полной регрессией опухоли наблюдается увеличение сорбционной способности альбумина после проведения плазмафереза, в то время как у больных со стабилизацией процесса ее значительное снижение, а больные с последующей генерализацией процесса, отвечали на проведение плазмафереза почти двукратным увеличением индекса токсичности. Несбалансированность между накоплением и связыванием токсических лигандов, которая характеризуется коэффициентом интоксикации, была более выражена у больных с неблагоприятным развитием заболевания. Содержание молекулярного продукта перекисного окисления липидов – МДА было наиболее высоким у больных со стабилизацией и генерализаций процесса. Введение аллокина способствовало снижению содержания МДА, а также увеличению в крови активности основного антиоксидантного фермента супероксиддисмутазы при ее сниженном уровне. Полученные данные подтверждают целесообразность включения плазмафереза и терапии аллокином в лечение больных РШМ.

Эндоскопическая полипэктомия как метод профилактики колоректального рака у пациентов с доброкачественными новообразованиями ободочной и прямой кишки

Горьковой А.В., Каушанский В.Б., Уваров И.Б.

Клинический онкологический диспансер №1, Краснодар

Цель: анализ непосредственных и отдаленных результаты эндоскопического лечения доброкачественных новообразований (ДН) ободочной и прямой кишки, оценка потенциальное значения эндоскопической полипэктомии как эффективного метода профилактики колоректального рака.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 1143 пациентов с диагнозом ДН за период 2011–2015 гг. Аденоматозные полипы без дисплазии выявлены у 483 человек (42,25%), с дисплазией 1–2 степени – 246 человек (21,52%), с дисплазией 3 степени – 158 человек (15,57%). Carcinoma in situ выявлена у 89 человек (7,8%). Гистологический диагноз отсутствовал в 27 случаях (2,36%). По локализации ДН преобладала левая половина толстой кишки. Всем больным в условиях проктологического отделения проведена эндоскопическая полипэктомия (электроэксцизия петлевым методом).

Результаты. Длительность госпитализации составила 3,0 ± 1,0 день. Из послеоперационных осложнений у 3 пациентов (0,23%) после процедуры зарегистрировано кровотечение, которое купировано эндоскопическими методами и консервативно. У 1 пациента (0,08%) развилась перфорация ободочной кишки, что потребовало экстренного хирургического вмешательства. Динамическое наблюдение проводилось в условиях диспансерно-поликлинического отделения. Интервал плановых эндоскопических осмотров в течение первого года не превышал трех месяцев. У 3 пациентов (0,2%) с ворсинчатой опухолью возник рецидив заболевания, что потребовало повторного эндоскопического вмешательства. Ни у одного пациента с *carcinoma in situ* в полипе рецидив не зарегистрирован.

Заключение. Удаление ДН толстой кишки на ранних стадиях гистологической дифференцировки являются одним из эффективных методов профилактики развития колоректального рака. Эндоскопическое удаление малигнизированных полипов является радикальным методом лечения неинвазивной карциномы толстой кишки. Накопленный опыт применения электроэксцизии полипов позволяет считать его малотравматичным, сравнительно безопасным и высокоэффективным методом лечения.

Оценка риска прогрессирования опухолевого процесса у пациенток, страдающих раком яичников

Готько О.В., Прохорова В.И., Державец Л.А., Лаппо С.В., Шишло Л.М., Цырусь Т.П., Зайцева Л.А.

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова, Минск, Беларусь

Цель исследования – разработка метода оценки риска прогрессирования опухолевого процесса после проведенного комплексного лечения пациенток, страдающих раком яичников.

Материалы и методы. В исследование включены 85 пациенток, страдающих раком яичников (T1-3N0-2M0-1), которым проведено хирургическое лечение и 6 курсов адъювантной химиотерапии (ХТ). В динамике проводимого лечения иммуноферментным методом определено сывороточное содержание опухолевых маркеров – карбогидратного антигена 125 (CA125) и белка 4 эпидидимиса человека (HE4), сосудисто-эндотелиального фактора роста (VEGF), фактора некроза опухоли, интерлейкина-8 и значения ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algorithm). Статистическая обработка данных выполнена при помощи пакета программ Statistica 8.0.

Результаты. В ходе проведенного исследования выявлены тесты (CA125, VEGF), пригодные для оценки риска прогрессирования опухолевого процесса. Анализ взаимосвязи этих тестов с различным лечебным эффектом (57 пациенток без прогрессирования опухолевого процесса, 23 – с прогрессированием) и оценка их значения для прогнозирования опухолевой прогрессии показали, что прогностической значимостью обладают не абсолютные значения лабораторных тестов, а изменение их уровней в крови после 3 курсов ХТ по сравнению с уровнем до ее начала, выраженное в %. На основе отобранных с помощью ROC-анализа информативных параметров ΔCA125 (AUC = 0,793; $p < 0,003$), ΔVEGF (AUC = 0,774; $p < 0,006$) создан метод, позволяющий уже после 3 курсов ХТ оценить вероятность прогрессирования опухолевого процесса. Эффективность разработанного метода проверена на экзаменационной выборке, состоящей из 26 пациенток, страдающих раком яичников. Установлено, что использование созданного метода на этапе проведения терапии позволяет прогнозировать прогрессирование опухолевого процесса с диагностической точностью 80,8% (у 21 из 26 пациенток). У 11,5% (у 3 из 26) пациенток получены ложноотрицательные результаты и в 7,7% случаев (у 2 из 26) – ложноположительные результаты.

Заключение. Разработанный метод оценки риска прогрессирования опухолевого процесса позволяет уже на ранних этапах проведения противоопухолевой терапии получить клинически важную информацию о ее эффективности, что способствует своевременному внесению необходимых корректив в схему ХТ и тем самым – повышению качества лечения.

Оценка эффективности применения нейрофизиологического мониторинга возвратных гортанных нервов в тиреоидной хирургии у детей

Грачев Н.С., Бабаскина Н.В., Яременко Е.Ю.

Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, Москва

Введение. Одной из основных причин нарушения иннервации гортани является травма возвратных гортанных нервов. Парезы и параличи гортани после операций на щитовидной железе у детей достигают 6,7–23%. В данной работе мы оценивали роль интраоперационного нейромониторинга (ИН), как метод профилактики повреждения возвратных гортанных нервов (ВГН).

Материалы и методы. С 2012 по 2017 гг. в отделении онкологии и детской хирургии ННПЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева находились на обследовании и лечении 64 пациента с новообразованиями щитовидной железы. Гендерное соотношение Ж : М составило 4,2 : 1. Медиана возраста на момент операции составила 15 лет (размах 2,5 мес–17,8 лет).

Операции выполняли в объеме тиреоидэктомии 57,8% ($n = 37$) и гемитиреоидэктомии совместно с истмусэктомией 42,2% ($n = 27$). При всех операциях по поводу злокачественного новообразования щитовидной железы проводилась центральная лимфодиссекция шеи, по показаниям – боковая лимфодиссекция шеи с одной 29% ($n = 11$) или с двух сторон 36,1% ($n = 13$) и лимфодиссекция передне-верхнего отдела средостения 18,4% ($n = 7$). Так, в группе риска находились 101 ВГН.

В данной работе был проведен сравнительный анализ частоты послеоперационных неврологических осложнений вследствие повреждения ВГН при анатомической визуализации 45,5% ($n = 46$) и при использовании ИН системы NIM-Neuro 3.0 54,5% ($n = 55$). Также во всех случаях использовались налобные бинокулярные лупы с увеличением ×4,5.

Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась фиброларингоскопия для исключения интраоперационного повреждения ВГН.

Результаты. В послеоперационном периоде в контрольной (без ИН) группе был выявлен односторонний парез гортани в 0,99% ($n = 1$) случае, что мы связываем с травмой ВГН. В исследуемой (с ИН) группе послеоперационных осложнений выявлено не было.

Сравнительный анализ по критерию Хи-квадрат с поправкой Йейтса выявил достоверность различий в группах сравнения ($p = 0,008$). Таким образом, использование интраоперацинного нейромониторинга при операциях на щитовидной железе позволяет статистически значимо снизить (CAP = 0,022 95% ДИ [–0,023: –0,02]) частоту повреждения ВГН.

Выводы. Интраоперационный нейромониторинг облегчает обнаружение гортанных нервов и позволяет убедиться в их функциональной сохранности, создавая

комфортные условия для хирурга, статистически значимо снижая риск интраоперационного непреднамеренного повреждения нервов.

Использование свободных лоскутов для закрытия смешанных дефектов головы и шеи у детей

Грачев Н.С., Терещук С.В., Бабаскина Н.В., Ворожцов И.Н., Пряников П.Д., Калинина М.П.

Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, Москва

Введение. В отделении онкологии и детской хирургии ННПЦ ДГОИ им. Д.Рогачева за 2015–2017 годы накоплен опыт проведения микрохирургической реконструкции свободными лоскутами у пациентов в возрасте от 4 до 17 лет с опухолями головы и шеи в объеме 12 клинических случаев. Срок наблюдения пациентов на момент написания тезисов составляет от 2,5 лет до 1 месяца от момента операции.

Методы: За 2015–2017 годы в отделении детской хирургии и онкологии ННПЦ ДГОИ им. Д.Рогачева были выполнены 12 операций по поводу доброкачественных (6) и злокачественных (6) новообразований нижней (8) и верхней (2) челюстей, мягких тканей головы (2), при этом одномоментная (10) или отсроченная (2) реконструкция выполнялась свободным костно-мышечным лоскутом гребня подвздошной кости (4), малоберцовым лоскутом (6) или мягкотканым лучевым лоскутом (2). Все пациенты на момент операции были в возрасте от 4 до 17 лет с медианой 12,5 лет.

Результаты. Во всех случаях анастомозы оказались состоятельны, лоскуты жизнеспособны. Осложнения, связанные с кровоснабжением свободных лоскутов, возникли в 2 случаях – в обоих случаях наблюдался частичный краевой некроз лоскута, однако после этапной некрэктомии и пластики местными тканями удалось сохранить жизнеспособность и функциональную полноценность лоскутов. В случаях реконструкции верхней челюсти в обоих случаях удалось заместить дефект костных тканей альвеолярного отростка, также после этапных реконструкций местными тканями и полностью разобщить полости рта и носа. Во всех случаях реконструкции нижних челюстей удалось добиться хороших эстетических результатов и восстановить питание пациентов per os, так же для пациентов старше 5 лет (5 случаев) были выполнены зубные протезы, позволившие улучшить косметический результат и создать опорную поверхность для зубов верхней челюсти. За счет мягкотканных лучевых лоскутов в одном случае был замещен полнослойный дефект мягких тканей височной области, во втором – компенсирован дефицит мягких тканей щечной области со стороны полости рта.

Выводы. Использование свободных лоскутов у детей с новообразованиями головы и шеи представляется целесообразным и оправданным, так как дает возможность закрытия обширных смешанных дефектов, способствуя быстрой реабилитации и социальной адаптации пациентов, что особенно важно в период роста и развития у детей.

Цитологическая диагностика рака яичников с использованием иммуноцитохимических и молекулярно-генетических исследований

Григорук О.Г.[1–3], Пупкова Е.Э.[2], Базулина Л.М.[2], Максименко Т.А.[1, 2], Лазарев А.Ф.[1–3]

[1]Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул;
[2]Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул;
[3]Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Исследование основано на результатах цитологической диагностики рака яичника 82 пациенток, пролеченных в КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер». Использован пункционный материал с применением жидкостного метода обработки, окрашиванием по Паппенгейму. Применен иммуноцитохимический метод (n = 24) и молекулярно-генетические исследования (n = 41). Опухолевые клетки оценены в асцитической (n = 52; 63,4%), плевральной (n = 4; 4,9%) жидкостях, пункционном материале заднего свода влагалища (n = 18; 21,9%), метастазах в лимфатические узлы (n = 8; 9,8%). Дифференцировали клетки опухоли при подозрении на рак яичника с карциномой желудка. Двенадцать наблюдений с фенотипом рака желудка (CEAmono+, CEApoly+, CK7+/CK20–/+) исключены из исследования. Серозная карцинома яичника диагностирована у 76 (92,7%) пациенток, у четырех (4,9%) муцинозная, у двух (2,4%) эндометриоидная. Серозные карциномы имели иммунофенотип: Ber-EP4+, WT-1+, CEAmono-, CEApoly+/–, CK7+, CK18+, CK20-, CK5/6-, D2-40–/+, CDX2-, claudin+, CA125+, калретинин и мезотелин+/-, Ki-67=33,3%, p53 – 45,3%. Материал ДНК для генетического исследования был пригоден для оценки у 38 (92,7%) пациенток, 36 с серозной карциномой и двух с муцинозной (мутации не обнаружены). В гене KRAS генетическая поломка обнаружена у пяти из восьми (62,5%) женщин группы Low grade серозных карцином, в 4 случаях выявлена мутация G12V, в одном – G12D, мутация V600E в гене BRAF обнаружена у одной (12,5%) женщины. Мутации в гене BRCA1 обнаружены в 4 образцах из двадцати восьми в группе пациенток с High grade серозной карциномой (14,3%), три из которых представлены мутацией 5382insC, одна – T300G. Прогноз у пациенток Low grade серозной карциномы с наличием мутаций более благоприятный, также, как и у пациенток с мутациями BRCA1 из группы High grade, в связи с тем, что они более чувствительны к терапии препаратами платины. Учитывая данный факт, молекулярно-генетические исследования, необходимо проводить пациенткам с High grade серозной карциномой для исследования мутаций BRCA1 и мутаций BRAF, KRAS в группе пациенток с Low grade

карциномой. Поэтому важно в цитологическом материале определять принадлежность клеток опухоли к Low и High grade серозной карциноме. Применение многофакторного анализа позволяет выделить наиболее информативные клеточные признаки в двух типах серозного рака яичника для их дифференцировки при световой микроскопии.

Роль нутритивной поддержки в реализации программы ускоренного восстановления больных колоректальным раком после радикальных операций

Гридасов И.М., Иодис И.В.

Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер, Ставрополь

Актуальность: программа ускоренного восстановления (ПУВ) предусматривает минимизацию стрессового воздействия хирургического лечения на организм больного на всех этапах периоперационного периода. Одной из важнейших составляющих ПУВ является правильное питание больного. Естественное применение искусственно созданных питательных смесей – это пероральный сипинг.

Материалы и методы: в исследование были включены 30 больных колоректальным раком (КРР), которым были выполнены радикальные операции. Из них 10 больных составили контрольную группу, 20 больных – основную группу, которую мы разделили на 2 подгруппы (подгруппа а) – лечение больных проводилось с соблюдением принципов ПУВ; подгруппа б) – лечение больных проводилось с соблюдением принципов ПУВ + в предоперационном периоде и послеоперационном периоде мы использовали искусственные питательные смеси с высоким содержанием белка (типа Нутридринк компакт протеин). Больные контрольной группы получали «традиционное» лечение. Группы рандомизированы по локализации и распространенности опухолевого процесса, объему оперативного вмешательства, полу и возрасту. Оценку эффективности нутритивной поддержки изучали на основе оценки наличия осложнений в послеоперационном периоде, динамики содержания альбуминов в крови, сроков восстановления функции ЖКТ (перистальтика кишечника, стул, отхождение газов).

Результаты: несостоятельность швов анастомоза не отмечена ни в одной из групп исследования. У больных контрольной группы нагноение послеоперационной раны отмечено в 2 случаях (20%), у больных основной группы – в одном случае (10% – больной из подгруппы а)). К третьим суткам после операции уровень альбумина в процентах от исходного уровня у больных контрольной группы составил 90%, у больных основной группы в подгруппе а) – 93%, подгруппе б) – 95%. К третьим суткам послеоперационного периода восстановление функции ЖКТ у 80% больных основной группы в подгруппе а), у 90% больных в подгруппе б), и лишь у 50% больных контрольной группы.

Выводы: учитывая небольшую «выборку» больных в нашем исследовании можно отметить тенденцию к более раннему восстановлению функции ЖКТ, нормализации белкового обмена и уменьшению риска развития гнойно-септических осложнений при включении нутритивной поддержки в программу лечения больных КРР.

Отдаленные результаты консервативной и оперативной реабилитации больных раком молочной железы

Грушина Т.И., Сидоров Д.Б.

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ, Москва

Радикальное лечение рака молочной железы значительно продлевает жизнь больным, но снижает его качество за счет развивающейся постмастэктомической лимфедемы.

Цель. Изучение отдаленных результатов консервативного и оперативного лечения лимфедемы верхней конечности у больных раком молочной железы.

Материал и методы. 50 больным раком молочной железы, в возрасте 30–69 лет, с поздней вторичной лимфедемой II–IV степени были проведены в течение 15 дней низкоинтенсивная низкочастотная электро- и магнитотерапия, перемежающаяся пневматическая компрессия, ручной лимфодренажный массаж, а затем подкожная хирургическая коррекция (водоструйная липосакция).

Результаты. Оценка результатов лечения: изменение объема – по данным водной плетизмографии и ультразвукового исследования мягких тканей, а лимфедема-зависимый дистресс и качество жизни больных – по опроснику MOS SF-36. Непосредственные результаты: уменьшение объема конечности при лимфедеме II ст. – 82,0 ± 5,6%, III ст. – 70,1 ± 6,8%, IV ст. – 61,0 ± 6,6% ($p < 0,05$). Отдаленные результаты лечения через 12–36 месяцев: для всех степеней лимфедемы уменьшение объема на 50–75% (хороший результат) – у 78%, на 25–50% (удовлетворительный результат) – у 22% больных. По данным УЗИ: толщина подкожно-жировой клетчатки всей конечности уменьшилась в среднем на 29,5%, а на предплечье и кисти – на 35,7% ($p < 0,05$), улучшилась контрастность и дифференцировка тканей, сократилось количество жидкостных структур. В соответствии со шкалой Clavien-Dindo у 5 (10%) больных наблюдались осложнения подкожной хирургической коррекции I степени. Функциональные корреляты качества жизни: у больных с хорошим результатом лечения лимфедемы общее качество жизни по MOS SF-36 было равно 72,25 баллам, с удовлетворительным результатом – 61,25 баллу при популяционной норме – 86,88 баллов. Наблюдение за больными в течение 5 лет показало, что проведенное лечение не оказало негативного влияния на течение рака молочной железы.

Выводы. Это пилотное исследование позволило снизить степень выраженности поздней постмастэктомической лимфедемы и улучшить качество жизни, связанного

со здоровьем, больных раком молочной железы без ухудшения результатов лечения злокачественной опухоли. Исследование будет продолжено на большем количестве больных с длительными сроками наблюдения и соблюдением требований и стандартов надлежащей клинической практики.

Значения уровня СА-125 у больных с диссеминированными формами серозных пограничных опухолей яичников

Давыдова И.Ю., Кузнецов В.В., Карселадзе А.И., Мещерякова Л.А., Жарова А.С.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина, Москва

В РОНЦ проходили лечение 405 больных серозными пограничными опухолями (СПОЯ) яичников с 1970 по 2013 гг. Диссеминация по париетальной и висцеральной брюшине (III B и III C стадии) наблюдалась у 38 больных (9,4%). Выраженный тотальный канцероматоз в брюшной полости отмечен у 21 пациентки (5,2%) СПОЯ. Жалобы включали нарастающую слабость, боль, тяжесть и увеличение живота в объеме. В двух случаях больные были оперированы по экстренным показаниям. Минимальный возраст пациентов с распространенной СПОЯ соответствовал 22 годам, максимальный – 77, средний возраст составил 44,7 года. У 6 пациентов (16,2%), установлено бесплодие, что соответствовало общей группе – 15%. Роды наблюдались у 21 больной (56,8%), менопауза у 16 (43,2%) пациентов, из них хирургическая у 2 (5,4%), аборты – у 11 больных (29,7%). Среднее значение маркера СА-125 у больных с диссеминацией СПОЯ по брюшной полости выражено отличалось от среднего уровня СА – 125 общей группы больных СПОЯ, превышая его в 10 раз. Средний уровень СА – 125 у больных с диссеминацией СПОЯ составил 1086 Е/мл, в то время как в общей группе больных СПОЯ – 98,5 Е/мл. Минимальный уровень СА-125 у диссеминированных СПОЯ соответствовал 9 Е/мл, максимальный 5261 Е/мл. Повторные операции в связи с прогрессированием СПОЯ были выполнены 17 больным. В случаях, где СА – 125 повышался по – сравнению с изначальным уровнем, свидетельствовало о прогрессировании СПОЯ или аденокарциномы low grade, что в дальнейшем было подтверждено данными инструментальных исследований. Уровень СА-125 при прогрессировании не был очень высоким, чаще значения соответствовали 50 – 600 Е/мл. При прогрессировании СПОЯ или аденокарциномы low grade средний уровень СА – 125 составил – 339 Е/мл, минимальный – 50 Е/мл, максимальный не превышал 689 Е/мл. У 2 пациентов с изначально диссеминированной СПОЯ впоследствии развился локальный рецидив. Уровень СА – 125 при локальном рецидиве не превышал границ нормы. Удаление рецидивной опухоли позволило излечить пациентов, больные наблюдаются более 15 лет без признаков прогрессирования заболевания. Таким образом, при диссеминированных СПОЯ характерны высокие уровни СА-125 со средним значением 1086 Е/мл. При прогрессировании СПОЯ или аденокарциномы low grade характерно повышение СА-125, однако средние значения не превышают 340 Е/мл.

Диссеминированные формы серозных пограничных опухолей яичников

Давыдова И.Ю., Кузнецов В.В., Карселадзе А.И., Мещерякова Л.А., Жарова А.С.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

В РОНЦ им. Н.Н.Блохина наблюдались 102 больные с распространенной за пределы малого таза серозной пограничной опухолью яичников (СПОЯ). У 55 (53,9%) установлена IIIA стадия заболевания. Визуально определяемая диссеминация (единичные опухолевые узлы и массивная диссеминация) по париетальной и висцеральной брюшине верхних и нижних отделов брюшной полости (III B и III C стадии) наблюдалась у 38 больных (37,3%). Выраженный тотальный канцероматоз в брюшной полости отмечен у 21 пациентки (21%) СПОЯ. Картина в брюшной полости, которая предстает перед хирургами во время операции, очень напоминает распространенный рак яичников, хотя от случая к случаю визуальная картина метастатических узлов может быть разной. Тотальная диссеминация вовлекает все отделы брюшной полости, от малого таза до желудочно-ободочной связки и малого сальника, от париетальной брюшины передней брюшной стенки до брыжейки тонкой и толстой кишки. Диссеминаты от милиарных до крупных узлов (0,1–5 см) могут наблюдаться у одной и той же пациентки. Как правило, милиарная диссеминация более характерна для капсулы печени, серповидной связки печени, куполов диафрагмы. Характерна инфильтрация латеральных каналов, восходящей и нисходящей ободочной кишки, жировых подвесок, аппендикса. В малом тазу опухолевые узлы распространяются по брюшине мочевого пузыря, широким и воронко-тазовым связкам матки, брюшине прямокишечно-маточного углубления. И везде при морфологическом исследовании удаленных узлов признаков злокачественного роста не выявлено, опухоль представляет собой серозную пограничную цистаденому или цистаденопапиллому/цистаденофиброму с имплантами. В новообразовании может быть большой удельный вес структур доброкачественной серозной опухоли на фоне которой наступила дальнейшая пролиферация опухолевых клеток, кальцификация. В 2 случаях при подвздошной лимфодиссекции в подвздошных лимфоузлах обнаружены фокусы дистопии эндосальпингоза. Что касается самих яичников, то опухолево измененные придатки матки могут быть от небольших размеров 7 × 6 × 6 см до очень крупных 30 × 20 × 15 см и всегда с папиллярными разрастаниями по капсуле. 5- и 10-летня выживаемость при III стадии СПОЯ составила 89,7 и 86,7% соответственно. В большей степени это касалось больных III A стадией СПОЯ. У пациентов с большим объемом остаточной опухоли СПОЯ и раке low grade в диссеминатах – прогноз был неблагоприятным.

Роль нутритивной поддержки в колоректальной хирургии

Данилов М.А., Атрощенко А.О.

Московский клинический научный центр, Москва

Актуальность. Колоректальный рак занимает одно из лидирующих позиций как за рубежом, так и в России. Высокая смертность обусловлена увеличением запущенных форм рака, чаще всего сопровождающееся тяжелой кахексией. Частота нутритивной недостаточности у онкологических пациентов может достигать 70%. Большей части пациентов, которым возможно выполнение хирургических вмешательств, зачастую отказывают в плановых операциях и причиной чаще всего является выраженная нутритивная недостаточность. С другой стороны, у пациентов с нутритивной недостаточностью частота послеоперационных осложнений в три раза выше, а показатель смертности может повышаться в 5–7 раз.

Методы. В основную группу вошли пациенты, которым были выполнены различные хирургические вмешательства на толстой и прямой кишке по поводу рака, эти пациенты получали препарат Нутридринк Компакт протеин на этапе предоперационной подготовки (в течение 5 дней) и в послеоперационном периоде – 7 дней (1-я группа). Группу сравнения составили пациенты, не получавшие нутритивной поддержки (2-я группа). Пациенты каждой группы были разделены на подгруппы в зависимости от объема выполненного вмешательства: правосторонняя гемиколэктомия (40 и 48 соответственно), левосторонняя гемиколэктомия – 56 и 62, резекция сигмовидной кишки – 64 и 70, резекция прямой кишки, в т.ч. низкая передняя резекция – 28 и 24. Пациенты обеих группа не различались по демографическим показателям и стадии опухолевого процесса. Индекс нутритивной недостаточности оценивался по шкале MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) в день: ИМТ, потеря массы тела за последние 3–6 месяцев и невозможность энтерального питания в течение более 5 дней (от 0 до 2 баллов для каждого параметра).

Результаты. В послеоперационном периоде оценивалась частота несостоятельности анастомоза, частота инфекционных осложнений и послеоперационный койко-день. Частота несостоятельности анастомоза составила: правосторонняя гемиколэктомия – 0 против 2% (p = 0,61), левосторонняя гемиколэктомия – 0 против 1% (p = 0,33), резекция сигмовидной кишки – несостоятельности выявлено не было, резекция прямой кишки – 3 против 12,5% (p = 0,02). Частота инфекционных осложнений (нагноение послеоперационной раны, в т.ч. парастомальные): правосторонняя гемиколэкьтомия – 7,5% против 12,5% (p = 0,56), левосторонняя гемиколэктомия – 9 против 16% (p = 0,06), резекция сигмовидной кишки – 11% против 17% (p = 0,05), резекция прямой кишки – 14 против 29% (p = 0,03). Послеоперационный день в группах достоверно не различался: 6,3 ± 2,1 против 8,5 ± 3,7 койко-дней. Послеоперационной смертности не отмечалось в обеих группах.

Заключение. Нутритивная недостаточность встречается у большинства больных колоректальным раком. Отсутствие нутритивной поддержки увеличивает сроки госпитализации и влияет на частоту послеоперационных осложнений. Коррекция нутритивного статуса при его недостаточности должна проводится всем пациентам как на этапах подготовки к операции, так и в раннем послеоперационном периоде.

Заболеваемость раком почки в Астраханской области

Джуваляков С.Г., Зайцев И.В., Кутуков В.В., Дмитриев Е.В.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань;
Астраханский областной онкологический диспансер, Астрахань

По Астраханской области заболеваемость почечно-клеточным раком занимает третье место среди злокачественных новообразований мочеполовой сферы, уступая только предстательной железе и мочевому пузырю.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением за период с 2012 по 2014 гг. находилось 292 пациента, получавших лечение по поводу рака почки в Астраханском областном онкологическом диспансере. Возраст больных от 25 до 75 лет. Из них мужчин – 107, женщин – 185. Наибольшее число пациентов (174 человека) находились в возрастной группе от 45 до 70 лет.

Результаты и обсуждения. 90% всех злокачественных новообразований почки по данным нашего исследования составляет аденокарцинома. Пиком заболеваемости и смертности за исследуемый период был 2013 год. Максимальное количество пациентов с впервые выявленным почечно-клеточным раком так же приходится на 2013 год. В 2014 году количество впервые выявленных больных снижается по сравнению с 2013 годом практически в два раза. На наш взгляд это связано с тем, что УЗИ почек не является обязательным исследованием при профилактических осмотрах в поликлиниках города и области.

I–II стадия заболевания была в 2012 году – у 67 человек, в 2013 году – 76 человек, в 2014 году – 79 человек.

III стадия – в 2012 году – у 10, в 2013 году – 7 и в 2014 году – 4 человека.

IV стадия диагностирована в 2012 году у 35 человек, в 2013 году – 32 и в 2014 году – 27 человек.

За исследуемый период отмечается увеличение количества выявляемых больных с начальными стадиями (I–II) процесса. При этом количество больных с IV стадией неуклонно снижается. Это говорит об улучшении диагностики и ранней выявляемости на ранних стадиях. Одногодичная летальность от почечно-клеточного рака остается одинаковой на протяжении трех последних лет. При этом пятилетняя выживаемость имеет положительную динамику в количестве увеличения пациентов, получавших лечение по поводу почечно-клеточного рака.

Заключение. На основании проведенного исследования выявлено, что заболевае-мость раком почки в Астра-

ханской области повышается во всех возрастных группах, однако наиболее быстро растет у мужчин после 60 лет и у женщин после 50 лет, а смертность остается практически на том же уровне, что соответствует средним статистическим данным по РФ.

Лечение пострадиационных мочеполовых свищей у женщин

Довлатов З.А., Лоран О.Б., Серегин А.В.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Введение. Пострадиационные мочеполовые свищи представляют собой тяжелую форму лучевых поражений, и эффективность их лечения остается невысокой. Частота их рецидива после оперативного лечения достигает до 70%, что и определяет актуальность настоящего исследования.

Материалы и методы. Оперативное лечение проведено у 178 женщин с урогенитальными свищами (пузырно-влагалищный, пузырно-влагалищно-прямокишечный, пузырно-прямокишечный, резервуаро-влагалищный и пузырно-сигмоидный свищи) после лучевой терапии по поводу рака шейки и тела матки, мочевого пузыря, прямой кишки и сигмовидной кишки. В 102 случаях свищи носили первичный характер, 76 – рецидивный.

Результаты исследования. При первичных свищах операцию выполняли при медиане 14 мес с момента их образования, рецидивных – 13 мес после предыдущей операции. В 158 случаях произведена органосохраняющая операция, 20 – органоуносящая операция (экзентерация тазовых органов). Из 158 органосохраняющих операций в 112 (70,9%) случаях отмечен положительный эффект, 46 (29,1%) – рецидив свища. При первичном свище негативный результат операции отмечен в 14,3%, рецидивном свище – 53,3%. При использовании трансплантата (лоскут Марциуса, «Коллост») рецидив свища отмечен в 22,6%, без использования – 46,5%. При предварительной колостомии при кишечных свищах рецидив отмечен в 20%, без нее – 100%. У 39 из 46 пациенток с рецидивом после первой операции выполнена повторная операция с использованием трансплантата, а при вовлечении кишечника после предварительной колостомии. Положительный результат после повторной операции достигнут у 43,6% (17/39) пациенток. Среди 22 пациенток с двумя рецидивами в 14 случаях произведена третичная операция с использованием трансплантата, после которой заживление свища произошло в 42,9% (6/14) наблюдениях. Общий показатель положительного результата оперативного лечения достиг уровня 85,4% (135/158).

Заключение. Высокая эффективность оперативного лечения постлучевых урогенитальных свищей может быть обеспечена за счет таких факторов, как большой хирургический опыт, соблюдение сроков лечения (не ранее 12 мес после возникновения свищей), использование различных трансплантатов для создания межсвищевого барьера и предварительное отведение кишечного содержимого при кишечных свищах.

Качество жизни и отдаленные результаты лечения при экзентерации органов таза у женщин

Довлатов З.А., Лоран О.Б., Серегин А.В.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Введение. Экзентерация, применяемая при местнораспространенных формах и местных рецидивах злокачественных новообразований органов таза, ассоциирована со значительной частотой осложнений, высокой летальностью и снижением качества жизни пациентов. С учетом этого всесторонняя оценка различных аспектов ее применения представляется актуальной задачей.

Материалы и методы. Экзентерация органов таза выполнена у 92 женщин: у 45 женщин по поводу рака мочевого пузыря (РМП) и у 47 – рака шейки матки (РШМ). Передняя экзентерация произведена у 82 (89,1%) пациенток, тотальная – у 10 (10,9%). Медиана послеоперационного наблюдения составила 51 мес (3–104 мес). В послеоперационном периоде химио- или химиолучевая терапия применена у 63 (68,5%) пациенток, различные операции по поводу отдаленных метастазов – у 7 (7,6%). Качество жизни после операции изучали с помощью опросника SF-36.

Результаты исследования. 5-летняя общая и безрецидивная выживаемость пациенток после экзентерации тазовых органов составила 60,9 ± 15,8 и 55,4 ± 12,6% соответственно. Качество жизни пациенток согласно опроснику SF-36 улучшилось практически по всем параметрам по сравнению с дооперационными данными, а по таким его критериям, как физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, социальное функционирование, имело место статистически значимое улучшение показателей.

Заключение. Достижение относительно высоких результатов лечения и качества жизни пациенток при экзентерации тазовых органов, возможно, объясняется достаточно большим хирургическим опытом и высоким уровнем материально-технической оснащенности нашего учреждения. Поэтому преимущественное выполнение такого сложного вмешательства на базе референс-центров можно рассматривать как одно из важнейших условий оптимизации результатов лечения такой категории пациенток.

Роль государственно-частного сотрудничества в модернизации оказания онкологической помощи жителям Курской области

Долгин В.И., Киселев И.Л.

Курский областной клинический онкологический диспансер, Курск

Проблема устойчивого социально-экономического развития России не может быть решена без привлечения инвестиций частного капитала, в том числе в здравоохра-

нении. За рубежом, объединения государства и частного бизнеса в сфере здравоохранения используются уже давно. В России государственно-частное партнерство (ГЧП) в области здравоохранения пока широкого распространения не получила.

С 2013 года в результате заключения трехстороннего договора между холдингом «Металлоинвест», РОНЦ и Курским областным онкологическим диспансером началась реализация программы «Женское здоровье». На маммографию приглашались женщины старше 30 лет. При подозрении на рак, выполнялось УЗИ молочных желез. За период с 2013 по 2015 годы маммография выполнена 4434 женщинам, УЗИ молочных желез – 1921 женщине. РМЖ выявлен у 166 пациенток, ФКМ – у 178. За это время: 1) в г. Железногорске заболеваемость РМЖ увеличилась от 73,31 на 100 тыс. женщин в 2012 году до 92,39 на 100 тыс. женского населения в 2015 году за счет выявления новообразований молочной железы у женщин молодого и среднего возраста; 2) повысилась активность выявления, достигающая 71,2%; 3) снизилась доля пациенток с 4 стадией заболевания до 4,6%, по сравнению с 8% в Курской области; 5) контингент пациенток, состоящих на конец года в 1,5 раза превышал данные региона составляя 742,75 на 100 тыс. женщин.

Кроме того, в апреле 2015 года в г. Курске открыт Центр ядерной медицины с применением ПЭТ-КТ. Оснащение этого диагностического центра дополняет медицинское оборудование, уже работающее в Курском онкодиспансере. По системе ОМС ПЭТ-КТ исследование прошли более 2000 пациентов, из них с новообразованиями молочной железы – 575 пациенток.

Данный вид ГЧП выгоден для ЛПУ, т.к. лечебное учреждение не тратит дополнительных средств на обследование. ПЭТ/КТ вместе с современным оборудованием онкологического диспансера включен в систему полного цикла оказания онкологической помощи пациентам, направленную на инновационную диагностику и мониторинг лечения.

Таким образом, полученный анализ использования ГЧП доказал свою эффективность применения в медицине Курской области.

ABC и XYZ – анализ в работе Курского областного онкологического диспансера

Долгин В.И., Зеленова О.В., Крекнина Е.А., Киселев И.Л.

Курский областной клинический онкологический диспансер, Курск;
Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, Москва

В лечении злокачественных новообразований все чаще используются современные методы с использованием таргетной терапии. Однако, высокая стоимость не всегда позволяет выполнить их закупку в достаточном объеме. Оптимальным методом для распределения закупок лекарственных препаратов является ABC и XYZ анализ, позволяющий разбить данные по продажам в зависимости от затрат учреждения (ABC) и регулярности расхода (XYZ).

Проведено определение необходимости закупок 13 товарных групп на основе комплексного ABC – XYZ анализа в Курском онкологическом диспансере за период с 2011 по 2015 годы. Использовались стандартные методы статистики.

Доказано, что товары группы AX и BX отличает высокий товарооборот и стабильность. Для товаров группы CX можно использовать систему заказов с постоянной периодичностью и снизить страховой товарный запас. Для товаров группы AY и BY нужно увеличить страховой запас. По товарам группы CY можно перейти на систему с постоянной суммой (объемом) заказа. Часть товаров группы AZ и BZ нужно перевести на систему заказов с постоянной суммой заказа, для части товаров необходимо обеспечить более частые поставки. В группу товаров CZ попали товары спонтанного спроса, поставляемые под заказ.

Таким образом, совместный ABC и XYZ анализ позволяет выполнить дифференцированный подход для закупок товарных групп, необходимых для лечения онкологических пациентов.

Российский скрининговый регистр

Доможирова А.С., Новикова Т.С., Аксенова И.А.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Повсеместно в РФ отмечается увеличение заболеваемости злокачественными новообразованиями. Значительную долю умерших больных составляют пациенты с распространенными и запущенными стадиями процесса. В этой связи особую значимость приобретает ранняя диагностика опухолей. Известно, что даже самое высокотехнологичные методики не позволяют излечить пациентов с генерализованными опухолями. Вместе с тем, в РФ отсутствует единый организационно-методический подход к проведению онкологического скрининга. Поэтому регионы зачастую апробируют собственные наработки в этой области. Выбор диагностических методик ограничивается их стоимостью и инвазивностью. Чаще всего он включает: флюорографию, маммографию, определение общего простатспецифического антигена крови мужчин, цитологическое обследование женщин и осмотр в смотровых кабинетах. Определение скрытой крови в кале, моче может увеличить число активно выявленных опухолей кишечника и мочевого пузыря. Часто остаются вне поля зрения онкологов аспекты проведения дополнительной диспансеризации, работа женских консультаций, ультразвуковые исследования билиарной системы применительно к вопросам вторичной профилактики рака. Понимая необходимость получения полноценной информации о результатах профилактических программ, Челябинский онкологический диспансер совместно с коллегами из ООО «Новел-СПб» приступил в 2016 г. к разработке Регистра скрининговых программ, который позволит на

уровне региона просчитывать как эффективность мероприятий, так и формировать совокупный контингент пациентов, проходящих обследование. Применительно к последнему станет возможно понимать организационные недоработки при проведении скринингов: превышение сроков углубленного обследования пациентов из 1а клинической группы, а также контроль за необходимой периодичностью обследования лиц, внесенных в регистр. Причем такой Регистр будет иметь сетевой выход в медицинские учреждения первичного звена, где непосредственно реализуются профилактические программы. Кроме того, Регистр позволит оценивать выживаемость пациентов с активно выявленными заболеваниями относительно остального контингента больных. Для Челябинской области это будет дополнительная надстройка к уже существующему госпитальному и популяционному канцеррегистрам. Для других регионов Регистр может использоваться и в изолированном варианте.

Противоопухолевое действие цисплатина в комбинации с дигоксином при разном режиме введения модификатора

Дьякова Ю.Б., Богуш Т.А., Сапрыкина Н.С., Дудко Е.А., Равчеева А.Б., Коломийцев С.Д., Шпрах З.С.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Актуальность. Гликолиз является приоритетным источником энергии в опухолевых клетках, поэтому соединения, угнетающие гликолиз, рассматриваются как потенциальные противоопухолевые препараты или модификаторы цитостатиков. В предыдущем исследовании мы показали, что сердечный гликозид дигоксин (Диг), ингибирующий гликолиз, при однократном введении усиливает противоопухолевое действие энергетически зависимого препарата цисплатина (ЦП) в отношении асцитного рака молочной железы Эрлиха *in vivo*.

Цель настоящей работы – оценить возможное усиление выявленного феномена при многократном введении Диг за счет увеличения длительности угнетения энергетического ресурса опухолевых клеток (гликолиза).

Методы. Исследование проведено на самках мышей CBA/Lac с внутрибрюшинно (в/б) трансплантированным раком молочной железы Эрлиха. ЦП (2,5 мг/кг) вводили в/б однократно на следующий день после трансплантации опухоли. Диг (1 мг/кг) вводили в/б за 1 час до введения ЦП. В опытной группе с длительным воздействием модификатора ежедневное введение Диг в дозе 0,5 мг/кг продолжали в течение 2 нед. Статистическую оценку достоверности различий между группами по медиане и средней продолжительности жизни павших мышей проводили с помощью критериев Манна-Уитни и Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Как и в предыдущих исследованиях, при однократном введении дигоксин увеличил противоопухолевый эффект ЦП в дозе 2,5 мг/кг приблизительно в 1,5 раза: средняя продолжительность жизни составила 28,3 ± 7,5 *vs*. 19 ± 2,4 дней ($p = 0,01$). При многократном введении модифицирующее влияние дигоксина на противоопухолевое действие ЦП снизилось. Средняя продолжительность жизни мышей в опытной группе не отличалась от показателя выживаемости в контроле без введения дигоксина – 18,2 ± 2,0 *vs*. 19 ± 2,4 дней ($p = 0,5$) и была ниже, чем при однократном введении модификатора – 18,2 ± 2,0 *vs*. 28,3 ± 7,5 дней ($p = 0,01$).

Заключение. Длительное введение дигоксина «отменяет» эффект повышения противоопухолевого действия цисплатина при однократном введении модификатора перед цитостатиком. Одной из причин этого может быть описанное в литературе повышение активности опухолевых стволовых клеток, которые обладают способностью изменять метаболизм в пользу окислительного фосфорилирования в случае длительно угнетения гликолиза.

Поддержано грантами РФФИ (15-04-06991-а и 16-34-01049-мол-а) и Президента РФ МК-7709.2016.7.

Диагностика и лечение НЭО поджелудочной железы: современное состояние проблемы

Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Кондрашин С.А., Фоминых Е.В., Парнова В.А., Васильев И.А., Лежинский Д.В., Ивашов И.А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Москва

Частота выявления НЭО поджелудочной железы за последние 20 лет возросла почти в 2 раза и составляет на настоящий момент 25–30 заболеваний на 1 млн. населения.

С 1982 года в нашей клинике были оперированы или проходили комбинированное лечение 415 пациентов с НЭО поджелудочной железы. Гормонально-активные опухоли выявлены в 352 наблюдениях, а нефункционирующие у 63 больных. Опухоли с ангиоинвазией, прорастанием в окружающие ткани и отдаленными метастазами выявлены у 105 (25%) пациентов. Синдром множественной эндокринной неоплазии 1 типа диагностирован в 62 наблюдениях (15%). Характеристика гормонально-активных опухолей: инсулиномы – 288, гастриномы – 59, ВИПомы – 3, глюкагономы – 2.

В целях топической диагностики, в зависимости от временных промежутков использовали: чрескожное ультразвуковое исследование, эндоскопическое ультразвуковое исследование, КТ, МРТ, ангиографические методы исследования: селективную целиако- и верхнюю мезентерикографию, артериально-стимулированный забор крови из печеночных вен (АСЗК), а также чрескожно-чреспеченочный забор портальной крови, сцинтраграфию соматостатиновых рецепторов с In 111 (ССРIn111). При интраоперационной ревизии, кроме визуальной оценки и пальпации железы, применяли интраоперационное УЗИ, а при необходимости, эндоскопическую трансиллюминацию.

Методы лечения: хирургическое – 355, комбинированное (операция+ био-, химиотерапия и химиоэмболизация

метастазов печени) – 58. Основным препаратом для проведения биотерапии являлся «Октреотид – ДЕПО» в дозе от 30 до 60 мг – 1 раз в 28 дней.

Чувствительность методов топической диагностики: чрескожное УЗИ – 58%, эндоУЗИ – 80%, МСКТ – 71%, МРТ – 63%, ангиография – 79%, АСЗК – 89%, ССР с In111 – 79% (метастазы печени – 100%). Интраоперационная пальпация – 85%, ИОУЗИ – 96%.

Результаты хирургического лечения: частота послеоперационных осложнений – 32,6%, летальность – 4,2%. Снижение частоты осложнений и летальности при использовании современных методов их профилактики снизились соответственно с 40 до 25,2% и 7,7 до 2,9%.

Отдаленные результаты лечения. Возврат клинической картины после удаления высокодифференцированной гормонально-активной НЭО – 5,7%. 5-летняя выживаемость при злокачественных НЭО: радикальная операция – 87%, циторедуктивная – 55%, циторедуктивная операция + био- ХТ – 83%, ХТ и биотерапия – 65%.

Эпидемиология рака легкого в Самарской области в период 2006–2015 годы

Егорова А.Г., Орлов А.Е.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

В 2015 году среди 84 регионов РФ Самарская область по уровню заболеваемости зло-качественными новообразованиями (ЗНО) легких занимала 14 ранговое место, а среди территорий Поволжского Федерального округа – четвертое.

С целью разработки эффективных организационных решений, направленных на совершенствование профилактики злокачественных новообразований, были изучены тенденции заболеваемости раком легкого, сложившиеся в Самарской области в период 2006–2015 гг.

В 2015 году впервые было выявлено 1310 злокачественных опухолей легкого, в том числе у 1049 мужчин и 261 у женщин. Грубый показатель заболеваемости в 2015 году составил 40,8 на 100 тыс. населения (по ПФО – 42,3, по РФ – 41,2), среди мужского – 71,5 на 100 тыс. населения (по ПФО – 74,9, по РФ – 71,0), среди женского населения – 15,0 на 100 тыс. населения (по ПФО –14,5, по РФ – 15,5).

Анализ динамики стандартизованных показателей заболеваемости в период с 2006–2015 гг. показал выраженную тенденцию их снижения – с 28,4 до 22,3 на 100 тыс. нас.; у мужчин – с 62,8 до 47,1, а у женщин – с 7,8 до 7,3. В 2015 году наиболее высокие показатели зарегистрированы в возрастной группе 60–69 лет – 143,3 на 100 тыс. населения, а среди мужского и женского населения – в группе 70 лет и старше – 335,9 и 48,6 на 100 тыс. нас., соответственно. Следует Мужчины значительно чаще болеют раком легкого, чем женщины. Так, у мужчин в возрасте 30–39 лет заболеваемость была больше, чем у женщин в 1,2 раз (2,8 и 2,3 на 100 тыс. нас.), в 40–49 лет – в 4,4 раз (19,4 и 4,4 на 100 тыс. нас.), в 50–59 лет – в 5,7 раз (112,6 и 19,6 на 100 тыс. нас.), в 60–69 лет в 8,5 раз (309,7 и 36,5 на 100 тыс. нас.) и в возрасте 70 лет и старше в 6,9 раз (335,9 и 48,6 на 100 тыс. нас.).

В 2015 г., по сравнению с 2006 годом, тенденция снижения заболеваемости раком легкого зарегистрирована практически во всех возрастных группах. При этом, в группах 30–39 лет, 50–59 лет и 60–69 лет снижение оказалось незначительным (от 1,2 до 2,2 раз), а в группах 40–49 лет и 70 лет и старше – наиболее выраженным – в 2,0 и 1,4 раза, соответственно.

Вышеизложенные онкоэпидемиологические тенденции будут являться основой для разработки комплекса мероприятий, направленных на профилактику и раннюю диагностику рака легкого в Самарской области.

Эпидемиология рака желудка в Самарской области в период 2006–2015 гг.

Егорова А.Г., Орлов А.Е.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

В 2015 г. среди 84 регионов РФ Самарская область по уровню заболеваемости раком желудка занимала 13 ранговое место, а среди территорий Приволжского федерального округа – 4.

С целью разработки эффективных организационных решений, направленных на совершенствование профилактики злокачественных новообразований (ЗНО) были изучены тенденции заболеваемости раком желудка, сложившиеся в Самарской области в период 2006–2015 гг.

В 2015 г. впервые выявлено 844 злокачественные опухоли желудка, из них 54% – у мужчин, 46% – у женщин. Грубый показатель заболеваемости составил 26,3 на 100 тыс. населения (по РФ – 25,9, по ПФО – 27,2), среди мужского населения – 31,2 на 100 тыс. нас. (по РФ – 31,6, по ПФО – 34,3), а среди женского – 22,2 (по РФ – 20,9, по ПФО – 21,2).

Анализ динамики стандартизованных показателей заболеваемости раком желудка в период 2006–2015 гг. показал выраженную тенденцию их снижения – с 18,3 до 13,9 на 100 тыс. нас.; у мужчин – с 28,5 до 20,6, а у женщин – с 12,2 до 10,0. Наиболее высокие показатели зарегистрированы в возрастных группах 60–69 лет и 70 лет и старше – 76,7 и 112,3 на 100 тыс. нас. соответственно. Указанная тенденция отмечается, как среди мужчин – 120,3 и 175,7 на 100 тыс. нас., так и среди женщин – 48,9 и 86,3 на 100 тыс., соответственно. Среди мужчин заболеваемость раком желудка значительно выше. Так в возрастной группе 40–49 лет у мужчин показатель составил 13,6, а у женщин 7,5 на 100 тыс. нас.; в группах 50–59 лет, 60–69 лет и 70 лет и ст. – 40,5 и 21,5; 120,3 и 48,9 и 175,7 и 86,3 на 100 тыс. нас., соответственно.

По сравнению с 2006 годом, тенденция снижения показателя зарегистрирована во всех возрастных группах, как у мужчин, так и у женщин. В большей степени заболе-

ваемость снизилась в возрастных группах 0–29 лет и 40–49 лет, в том числе у мужчин на 47,6% (с 21,0 до 11,0 на 100 тыс. нас.) и у женщин – на 44,2% (с 12,6 до 7,0 на 100 тыс. нас.).

Таким образом, несмотря на снижение удельного веса ЗНО желудка в структуре онкологической заболеваемости, эта локализация продолжает занимать одно из первых ранговых мест. Вышеизложенные тенденции онкоэпидемиологические тенденции будут являться основой для разработки комплекса мероприятий, направленных на профилактику и раннюю диагностику рака желудка в Самарской области.

Органосохраняющее лечение опухолей внутреннего угла глаза

Енгибарян М.А., Розенко Л.Я.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Лечение опухолей внутреннего угла глаза представляет собой одну из самых сложных проблем онкоофтальмологии. Важность физиологических функций, выполняемых структурами внутреннего угла глаза, придает особое значение лечению новообразований, развивающихся в данной зоне. Цель работы: разработка способов лечения опухолей внутреннего угла глаза, предусматривающих сохранение глазного яблока и восстановление функций органа зрения. Исследование было проведено у 492 пациентов. Тактика лечения определялась в зависимости от распространенности, форма роста опухоли, поражения смежных структур. Нами разработан способ лечения, позволяющий минимизировать повреждающее действие облучения на структуры глаза, заключающийся в ежедневном двукратном промывании носослезного канала раствором, содержащим 2,0 мл 0,1% дексаметазона и 5 мг метотрексата. Для лечения пациентов с рецидивирующим опухолевым процессом разработан способ, предусматривающий с целью усиления повреждающего эффекта лучевого воздействия на опухоль, повышения абластичности хирургического вмешательства, а также снижения риска диссеминации раковых комплексов во время операции, проведение сеанса модифицированной лучевой терапии перед операцией в очаговой дозе 20 Гр, с предварительным введением дипроспана и метотрексата. При проведении хирургического вмешательства изучены возможности одномоментной реконструкции образующихся дефектов, разработан и применен способ устранения билатерального дефекта обоих век и углов глаза.

Использование разработанных способов позволило: снизить число рубцовых изменений слезоотводящих путей с 46,7 до 6,2%, уменьшить риск развития местных лучевых реакций с 96,7 до 34,4%; избежать удаления глаза у 93,3% пациентов с неоднократными рецидивами в области внутреннего угла глаза, добиться заживления послеоперационной раны первичным натяжением у 88,0% пациентов с достижением «отличного» и «хорошего» эстетического эффекта операции. Таким образом, применение дифференцированного подхода к лечению опухолей внутреннего угла глаза с использованием различных способов позволяет сохранить орган зрения с восстановлением его функций.

Комбинированное лечение местно-распространенного и прогностически неблагоприятного рака прямой кишки

Ерыгин Д.В., Бердов Б.А., Галкин В.Н., Невольских А.А., Титова Л.Н., Рухадзе Г.О., Карпов А.А., Почуев Т.П., Бродский А.Р.

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф.Цыба – филиал ФГБУ «НМИРЦ» МЗ РФ, Обнинск

Актуальность. Неудовлетворительные результаты лечения больных местно-распространенным и прогностически неблагоприятным раком прямой кишки (РПК) требуют совершенствования методики комбинированного лечения РПК.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных РПК за счет оптимизации предоперационной химиолучевой терапии и хирургического метода лечения.

Материалы и методы: клинический материал представлен 73 пациентами РПК, проходившие лечение с 2013 по 2017 гг., с клинической стадией cT3-4, cN0-2, cM0-1. Всем больным в предоперационном периоде проводилась конвенциональная лучевая терапия, СОД 50 Гр, методикой классического фракционирования дозы на фоне химиотерапии оксалиплатин+капецитабин (CapOx). Токсические проявления в ходе химиолучевой терапии развились у 28 больных (38,3%). Осложнения 3 степени развились у 4 (5,4%) больных. Хирургическое лечение в объеме тотальной мезоректумэктомии выполнено у 70 больных (95,9%). Оперативное лечение выполнялось лапароскопическим 44 (62,9%) или открытым 26 (37,1%) доступом, (p = 0,0039). Частота сфинктеросохраняющих операций составила 67,1% (47 больных). Послеоперационные осложнения развились у 16 пациентов (22,9%). Послеоперационные осложнения по Clavien-Dindo: I ст. – 13, II ст. – 1, IIIa ст. – 1, IIIb ст. – 3. Радикальное удаление опухоли в объеме R-0 резекции, выполнено у 61 (87,1%) больных, R-1 резекция у 9 (12,9%) больных. Частота полных регрессий составила 13%. Из анализа отдаленных результатов исключены больные IV стадией заболевания. Общая 2-летняя выживаемость в группе составила 82,8 ± 6,0%. Безрецидивная выживаемость у больных с ypSt 0 и ypSt I составила 100%, в то время как выживаемость больных с ypSt III составила 65,6 ± 14,0%, (Xi2 – 5,853; p = 0,016). Безрецидивная выживаемость после R0-резекции достоверно выше чем после R1-резекции (R0-резекция 84,7 ± 6,4%, R1-резекции 50,0 ± 25,0%, p = 0,041).

Выводы. Предоперационная химиолучевая терапия в дозе 50 Гр в сочетании с оксалиплатином и капецитабином у больных с местно-распространенным и прогностически неблагоприятным РПК демонстрирует приемлемый

профиль токсичности и хорошую регрессию первичной опухоли. Полный или почти полный патологический ответ опухоли и радикальное удаление первичного очага (R-0 резекция) является прогностически благоприятным фактором прогноза течения заболевания.

Антимюллеров гормон как маркер опухолей репродуктивной системы женщины

Жекшенбек кызы Тамара, Бейшембаев А.М., Турдалиев Б.Р., Абыкеева Э.Ч.

Киргизский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации МЗ КР, Бишкек, Кыргызстан

Целью данного исследования является раннее выявление гранулезокеточных опухолей яичников и предотвращение запущенности заболевания, путем определения АМГ в крови

Антимюллеров гормон (АМГ) – один из новых и наиболее перспективных маркеров опухолей репродуктивной системы женщины. (1) Физиологическая роль АМГ в женском организме долгое время была неизвестна и сегодня до конца не изучена. Этот нестероидный гормон у женщин вырабатывается только клетками гранулезы фолликулов от преантральной стадии до стадии больших антральных фолликулов, т.е. в стероиднезависимом периоде.

Гранулезоклеточные опухоли (ГКО) входят в состав группы гранулезостромальноклеточных опухолей. ГКО возникает у женщин в пери или постменопаузе, сочетается с развитием «дисгормональных» симптомов омоложения, что обусловлено продукцией стероидных (эстрогены, реже – прогестерон и андрогены) и АМГ, что обусловливает яркую клиническую картину заболевания. Все это приводит к развитию аменореи у женщин с сохраненным менструальным циклом или маточных кровотечений у женщин в постменопаузе.

Было проведено 144 исследования уровня АМГ у 117 пациенток (в некоторых случаях АМГ определялся у одной пациентки несколько раз). Из них у 15 пациенток было выявлено патологическое повышение гормона (от 4,5–67 нг/мл). 12 больных находилось в постменопаузе, остальные успешно менструировали. Из 12 пацинток у 10 имелись косвенные признаки дисгормональных симптомов омоложения, у всех 12 имелись опухоли яичников. Прооперированы 10 пациенток (2 отказано по сопутствующим заболеваниям) у все оказались стромально клеточные опухоли яичников.

АМГ может повышается при СКОЯ, что позволяет уточнить диагноз, проводить всесторонний мониторинг в процессе лечения и вовремя выявить рецидив.

Литература

1. Боярский К.Ю. Фолликулогенез и современная овариальная стимуляция (обзор литературы). Проблемы репродукции. 2002;8(3):43-9.

Интерактивная автоматизированная система синдромной диагностики «электронная поликлиника» в ранней диагностике онкологических заболеваний

Жигулев А.Н., Мишланов В.Ю., Большакова Е.С.

Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А.Вагнера Минздрава России, Пермь

Дизайн исследования состоял в применении интерактивного опросника с помощью автоматизированной программы «Электронная поликлиника» (ЭП) (http://klinikcity.ru).

В проведенном исследовании было показано, что ЭП позволила выявить признаки очень высокого риска развития злокачественных новообразований (ЗНО) легких в 85,7% случаев заболевания при отсутствии ложноположительных результатов в группах практически здоровых лиц. Общая специфичность метода составила 98,1%. Частота заключения ЭП о наличии бронхообструктивного (БО) синдрома на основании данных интерактивного опроса в группе с БО заболеваниями составила 86,9%, в контрольной группе лиц в возрасте 21–26 лет – 5% (1 человек), в возрастной группе 41–68 лет – 0%. Специфичность ЭП по выявлению БО синдрома составила 97,6%.

Комплексная диагностика и расчет индексов риска позволили улучшить результаты диагностического поиска. При расчете общий риск развития ЗНО в группе здоровых лиц в возрасте 20–25 лет составил 32,80 ± 5,22%, в возрастной группе 50–61 года – 38,90 ± 10,87%, а в группе больных ЗНО легких – 61,0 ± 6,38%. Различия между здоровыми лицами и больными были достоверными ($p < 0,0001$) как в случае сравнения с молодыми лицами, так и в случае сравнения с сопоставимой по возрасту группой практически здоровых лиц. В группе здоровых лиц в возрасте 20–25 лет высокий риск имел место у 17,6%, умеренный риск – у 23,5%, низкий риск – у 59,9%; в возрастной группе 50–61 года – у 15,0; 75,0 и 10,0% соответственно. В группе больных ЗНО легкого очень высокую оценку по общей шкале оценки риска получили 85,7% опрошенных. Общий риск развития ЗНО легких в группе здоровых лиц в возрасте 20–25 лет составил 31,20 ± 12,81%, в возрастной группе 50–61 года – 33,50 ± 10,70%, в группе больных ЗНО легких – 73,90 ± 13,21%. Различия между здоровыми лицами и больными были достоверными ($p < 0,0001$) как в случае сравнения с молодыми лицами, так и в случае сравнения с сопоставимой по возрасту группой практически здоровых лиц.

Так же исследование проводилось с больными язвенной болезнью ДПК, хроническим гастритом, хроническим панкреатитом и хроническим колитом, и контрольной группой. Чувствительность теста 85,7%, специфичность 80,0%.

Полученные результаты исследования позволяют судить о возможности применения ЭК в практике предварительной диагностики онкологических заболеваний для составления плана индивидуального углубленного обследования больного.

Алгоритм лечения рака прямой и ободочной кишки при билатеральном метастатическом поражении печени

Загайнов А.С., Шелехов А.В., Дворниченко В.В., Расулов Р.И., Зубков Р.А.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования Минздрава России, Иркутск

Цель исследования – разработать эффективную схему лечения пациентов с синхронными метастазами в печени при колоректальном раке.

Материал и методы. В исследование включено 126 пациентов, страдающих раком толстой кишки с синхронными метастазами в печени. В контрольную группу вошли 62 пациента. Им выполняли резекцию толстой кишки без вмешательства на печени, а через 3–4 нед начинали системную химиотерапию. В основную группу вошли 64 пациента, которым проводилась резекция толстой кишки и резекция печени с радиочастотной абляцией метастазов в остающейся части печени и химиоэмболизацией воротной вены, потом им назначали 4 курса системной химиотерапии, после которой выполняли химиоэмболизацию печеночной артерии.

Результаты. Послеоперационные осложнения возникли у 18 пациентов (28,1%) основной группы и 10 пациентов (16,1%) контрольной группы. В ходе исследования умерло 6 пациентов, 4 из них были в основной группе и 2 – в контрольной. Из 18 послеоперационных осложнений в основной группе 9 были связаны с резекцией печени. Медиана выживаемости без признаков прогрессирования в основной группе составила 9,01 мес, в контрольной группе – 5,01 мес, $p = 0,001$. Медиана общей выживаемости в основной группе составила 13,8 мес, в контрольной группе – 9,8 мес, $p = 0,004$.

Заключение. Примененная в основной группе схема комплексного лечения показала свою эффективность, это подтвердилось увеличением выживаемости без признаков прогрессирования заболевания и общей выживаемости.

Использование эластографии с обычной и внутриопухолевой референсной зоной при новообразованиях мягких тканей

Зайцев А.Н., Бусько Е.А.

НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова, Санкт-Петербург

Цель работы – уточнение роли измерений коэффициента жесткости с располагаемой внутри опухоли референсной зоной. С помощью обычной эхографии и эластографии на аппарате Hitachi HI Vision 900 (Hitachi) датчиками 5–13 МГц, исследован 101 пациент с 54 (49,1%) злокачественными, одной – промежуточной злокачественности, 24 (21,8%) доброкачественными опухолями и 31 (28,2%) неопухолевыми изменениями мягких тканей разных локализаций; 4 опухоли не из мягких тканей. Корректный сравнительный анализ жесткости внутренних участков опухолей и окружающих структур в 54 (49,1%) наблюдений затруднялся или был невозможен – когда размеры образований превышали 50 мм. Для уточнения характера таковых, имевших в своей структуре большое содержание зрелой жировой ткани, при выявлении на ее неоднородном за счет фиброза фоне участков более плотной ткани, характерных для высокодифференцированных липосарком (4 или 3,6%), мы проводили сопоставления коэффициента жесткости разных в серошкальном изображении внутренних зон опухоли – с взятием в качестве референсной области ее участка, типичного по акустическим параметрам для жировой ткани. Такая методика способствовала дифференциации атипичных липом и липосарком. Фибромы (9 или 8,2%) отличались высоким (более 15) коэффициентом жесткости среди образований, не содержавших известь, исключавшуюся по серошкальной картине. Выбор референсной зоны внутри образования такой природы при эластографии не давал дополнительную информацию о его природе. В группе других образований не удалось найти дифференциальных признаков. Их коэффициент жесткости колебался между 2,9 и 9 при обычном и внутриопухолевом расположении референсной зоны. Неопухолевые процессы не выглядели узлом. Таким образом, дифференциально-диагностическое значение эластографии, выполняемой после серошкального эхографического исследования и включающей в себя использование внутриопухолевой референсной зоны, состоит в уточнении структурных особенностей новообразований из жировой ткани, которые могут позволить отличить высокодифференцированные саркомы от липом, а также в дифференциации фибром от других новообразований.

Микроэлементы мочи при опухолях почек и мочевого пузыря

Зайцев И.В., Кутуков В.В., Джуваляков С.Г.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань;
Астраханский областной онкологический диспансер, Астрахань

Цель: изучение и сравнение уровней содержания некоторых элементов в моче в норме и при различной патологии почек и мочевого пузыря.

Материал получен у больных в возрасте 40–68 лет. Для исследования взята моча, полученная при ДО ($n = 11$) мочевого пузыря и ЗО ($n = 22$). Результаты сравнивались с мочой, полученной у больных до лечения с хронической воспалительной патологией, в стадии обострения (хронический пиелонефрит – $n = 18$ и хронический цистит – $n = 17$). Для контроля изучали мочу, полученную у здоровых лиц.

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать следующие выводы.

Все изучаемые ЭМ, кроме Hg, имеют тенденцию к увеличению концентрации в моче при ЗО по отношению

к группе сравнения. Воспалительный процесс ведет к повышению в моче содержания Mn, Cr и Ca, в тоже время концентрация Zn и Hg снижается по отношению к моче здоровых лиц. Возможно, полученные данные могут служить в качестве маркера ЗО и использоваться для дифференциальной диагностики различной патологии, в том числе и мочевыделительной системы. Особенно, в рассматриваемом аспекте, показательны колебания концентрации Zn.

При опухолевой патологии МП отмечена закономерность нарастания уровня содержания Mn, Zn и Ca в ряде: ДО → ЗО и снижение для Cr и Hg. Полученные данные могут свидетельствовать в пользу постепенной малигнизации ДО МП, что отражается на выведении этих ЭМ с мочой.

Уменьшение выделения Hg с мочой при рассматриваемой патологии мы расцениваем как изменения обменных процессов в клетках, что приводит к ее накоплению в организме, и, возможно, усугубляет интоксикацию. Концентрация Hg в моче при ДО МП колеблется в широких пределах, что может быть связано с неоднородностью структуры и возможным наличием участков малигнизации в ДО МП.

Первично-множественные опухоли у больных раком толстой кишки

Закирова Л.К., Каланова А.П., Рахимов Р.Р., Гареева З.Н., Тарасова Т.Ю., Пашков И.С.

Республиканский клинический онкологический диспансер г. Уфы, Уфа, Республика Башкортостан

Первично-множественные опухоли (ПМО) выявляются у 13% пациентов с онкологическими заболеваниями. В РКОД в 2011 г. среди 849 пациентов с ПМЗНО у 11,3% (96 человек) выявлено сочетание рака толстой кишки с другими злокачественными новообразованиями, из них 53 мужчины и 43 женщины. Возраст колебался от 37 до 90 лет. Средний возраст 67,7 лет. Первично-множественные синхронные опухоли (ПМСО) встречались у 22 больных (22,9%), из них мужчин и женщин по 11 случаев, первично-множественные метахронные опухоли (ПММО) у 74 больных (77,1%). Наиболее частые сочетания: рак прямой кишки и ободочной кишки – 18 случаев (18,75%), рак ободочной кишки и рак кожи – 7 случаев (7,3%), сочетание рака разных отделов ободочной кишки – 10 случаев (10,4%), рак молочной железы и прямой кишки – 6 случаев, 6 случаев рака ободочной кишки и мочевого пузыря (по 6,25%). В 2014 среди 813 больных ПМЗНО взято на учет 122 пациента (15%) с сочетанием рака толстой кишки и других локализаций. Из них мужчин – 40,1%, женщин – 59,9%. Синхронные опухоли диагностированы у 33 больных, метахронные – у 89 больных. Возраст колебался от 35 до 87 лет. Средний возраст 68 лет. Сочетание опухолей трех различных локализаций обнаружено у 11 человек. Сочетание рака ободочной и прямой кишки – 15 случаев (12,3%), рак ободочной кишки и молочной железы – 11 случаев (9%), рак ободочной кишки и желудка – 7 случаев (5,7%). В 2016 г. число больных с ПМЗНО составило 907 человек. Среди них мужчин – 71 (50,3%), женщин – 70 (49,7%). ПМСО в 28,3% случаев (40 пациентов), ПММО – в 76,1% случаев (101 пациент). Возраст колебался от 35 до 89 лет. Средний возраст – 69 лет. В течение года вторая опухоль развилась у 15,4% больных, от 1 до 5 лет – 41,5%, от 5 до 10 лет – 14,6%, через 10 и более лет – 28,5%. Таким образом, согласно полученным статистическим данным, можно сделать вывод, что отмечается рост первично-множественных опухолей среди онкобольных. Наличие специфических сочетаний ПМО толстой кишки определяет необходимость разработки и внедрения стратегии первичной и вторичной профилактики, включая длительное диспансерное наблюдение, направленное на раннюю диагностику и своевременное лечение последующих опухолей.

Субментальный лоскут в комбинированном лечение опухолей головы и шеи

Захаров А.С., Гузь А.В., Гарев А.В., Соколова М.И.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Одним из направлений в успешной терапии опухолей головы и шеи является хирургический этап. Успешность радикального лечения зависит от навыков хирурга реконструктивно-восстановительных вмешательств. Укрытие послеоперационного дефекта требует максимально надежного метода. Использование свободных трансплантатов, пластики с использованием огромного количества вариаций ротированных лоскутов, является оптимальным вариантом в большинстве случаев. Использование субментального лоскута является конкурентным перечисленным методам, так как не требует навыков микрохирургических вмешательств, специального инструмента, не увеличивает время операции, обладает надежным кровоснабжением.

Материалы и методы. С 2015 по 2016 год в отделении опухолей головы и шеи ГБУЗ ЧОКОД по поводу первичного или рецидивирующего рака слизистой оболочки полости рта произведено 36 вмешательств с реконструкцией дефекта субментальным лоскутом. Пациенты с I–II стадией 19 пациентов, III стадия 13 пациентов, IV стадия 4 пациента. В основном опухоль локализовалась на языке (т-18), дно полости рта (т14), преддверие полости рта (n-1), верхняя челюсть (n1). Согласно данным послеоперационного гистологического исследования всем пациентам выполнены вмешательства радикального объема с отступом от края резекции не менее 1,0 см. При анализе наркозных карт отмечено увеличение времени хирургического пособия на 45 мин по сравнению со стандартными объемами вмешательства без реконструктивного компонента. За время пребывания пациента в стационаре, в сроке от 7 до 16 суток, нами не отмечено значимых отклонений в течении послеоперационного периода. Из 36 вмешательств краевой некроз лоскута выявлен в 3 случаях,

деэпитализацией кожной площадки в 1 случае. Лишь в 1 случае (2,7% от общего количества лоскутов) выявлен полный некроз лоскута, потребовавший выполнение некрэктомии.

Заключение:

1) Использование субментального лоскута является альтернативой лоскутам на осевом кровоснабжении и свободным трансплантатам.

2) Формирование, перемещение и фиксация лоскута не является трудоемким процессом и не увеличивает продолжительность операции, позволяя добиться хорошего эстетического и функционального результата.

Применение обобщенных показателей иммунитета для дифференциальной диагностики ремиссии и рецидива онкогинекологических заболеваний

Зацаренко С.В., Кузьмина Е.Г.

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф.Цыба – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Обнинск

Лучевая терапия и полихимиотерапия (ПХТ), уничтожая опухолевые клетки, оказывают также значительное влияние на окружающие опухоль ткани и иммунную систему, контролирующую генетическое постоянство организма. Угнетение противоопухолевого иммунитета снижает возможность полной элиминации злокачественных клеток после завершения специфического лечения, что может влиять на устойчивость ремиссии и способствовать возникновению рецидивов заболевания. Оценка иммунологических эффектов проводимой терапии онкологических заболеваний и разработка на этом основании методов коррекции – актуальное направление в онкологии. Структурирование массива иммунологических признаков, характеризующих клинические проявления заболевания, выполнено методом главных компонент (МГК) и множественным регрессионным анализом.

Цель работы – оценить возможность дифференциальной диагностики ремиссии и рецидива заболеваний онкогинекологического профиля после лечения РТМ, РШМ, РЯ по обобщенным показателям иммунитета (ОПИ), используя математическое моделирование. Проанализированы иммунограммы 100 доноров крови, 43 пациентов в состоянии ремиссии и 48 в рецидиве заболевания после сочетанной лучевой терапии (СОД 30–40 Гр), по 23 показателям, характеризующим количество и функциональное состояние основных популяций иммунокомпетентных клеток (Т, В, НК, фагоцитов). Фенотип клеток исследовался методом многоцветной проточной цитофлуориметрии (BD FACS Canto II). Расчеты выполнены в ППП «STATISTICA 8.0».

Методом регрессионного анализа по первым восьми главным компонентам, отражающим 80% состояния иммунитета, рассчитаны индивидуальные ОПИ. Сравнение групповых ОПИ по U-критерию Манна-Уитни показало значимость различий состояний ремиссии и рецидивов (p = 0,02). Рассчитанное пороговое значение, разделяющее распределения ОПИ, позволяет отнести пациента с вероятностью 0,65 к группе с рецидивом заболевания, если его ОПИ превышает порог, и с вероятностью 0,67 к группе с ремиссией, если ОПИ меньше порогового значения. Учет стадии заболевания, суммарных доз облучения, схем ПХТ, которые могут существенно влиять на состояние иммунитета, определяя продолжительность и устойчивость ремиссии или наступление рецидива, также увеличение объема исследований будут способствовать лучшей дифференцировке индивидуальных ОПИ и способствовать прогнозированию течения опухолевого процесса.

Нутритивная поддержка онкологических больных до и после хирургических вмешательств

Зенюков А.С., Коновалов И.В., Локалов Е.Г.

Краевой клинический центр онкологии министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск

Актуальность. Частота нутритивной недостаточности среди онкологических больных составляет по последним данным от 40 до 80%. Распространенность нутритивной недостаточности среди онкологических больных в разных нозологических формах составляет: рак поджелудочной железы – 83%, рак желудка – 87%, рак толстой кишки – 54%, опухоли головы и шеи, пищевода – около 100%, НМРЛ – 61%, рак молочной железы – 36%. По данным Knox et al., у 40% онкологических больных нутритивная недостаточность не позволяет провести адекватное лечение.

Цель: улучшение качества лечения и жизни онкологических больных, уменьшение частоты послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Исследование проводилось с 01.09.2016 по 15.03.2017 в КГБУЗ ККЦО г. Хабаровска на базе онкологического отделения №1 у пациентов с опухолями абдоминальной локализации. За указанный срок в отделении было пролечено 622 больных. В среднем у 65% больных поступающих в отделение имелись признаки различной степени выраженности недостаточности питания. В нашем отделении при поступлении каждый больной оценивался по индексу массы тела, после чего, исходя из особенностей патологии и выраженности дефицита питания, больному назначалась нутритивная поддержка энтеральными или парентеральными смесями (Нутризон, Оликлиномель, Нутридринк). В послеоперационном периоде с 1х суток больным начаналась или продолжалась нутритивная поддержка, вид которой определяется характером операции и возможностями больного к усвоению. Использовались высокобелковые энтеральные, парентеральные, сипинговые смеси, аминокислотные препараты.

Результаты. На фоне проведения нутритивной поддержки отмечена более быстрая активизация больных, снижение частоты и тяжести послеоперационных инфекционных осложнений, снижение частоты несостоятельности швов анастомозов, снижение летальности, уменьше-

ние сроков послеоперационной реабилитации больных, сокращение койко-дня в стационаре и значительное улучшение переносимости больным последующего химиолучевого лечения.

Выводы. Проведение нутритивной поддержки является неотъемлемой частью комплексного лечения онкологического больного. Нутритивная поддержка является обязательным компонентом лечения онкологических больных, способным оказать существенное влияние на эффективность проводимой терапии и увеличение выживаемости после обширных хирургических вмешательств путем значительного снижения количества послеоперационных осложнений.

Характеристика системного и локального иммунитета у больных злокачественными опухолями и ее возможная прогностическая значимость

Златник Е.Ю., Новикова И.А., Селютина О.Н., Закора Г.И., Кочуев С.С., Пржедецкий Ю.В., Базаев А.Л., Гранкина А.О., Максимов А.Ю.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, Ростов-на-Дону

Цель. Выявить прогностические факторы прогрессирования некоторых злокачественных опухолей среди показателей системного и локального иммунитета больных.

Материалы и методы. Материалом служили образцы ткани опухоли, перитуморальной зоны (ПЗ) и линии резекции (ЛР) 86 онкологических больных: 56 меланомой кожи, 30 раком пищевода. У всех больных были местнораспространенные опухоли, первым этапом лечения был хирургический. Кровь брали до лечения, образцы тканей – во время операции, гомогенизировали и определяли популяционный и субпопуляционный состав лимфоцитов на проточном цитометре FACSCantoII (BD): T-, B-, NK (CD45, CD3, CD4, CD8, CD19, CD16/56), T-регуляторных (Tregs) клеток. В гомогенатах также оценивали содержание TNF-α, IL-1β, IL-1RA, IL-6, IL-8, IFN-α и IFN-γ методом ИФА. Рассчитывали коэффициенты содержания клеточных и цитокиновых факторов в крови и тканевых образцах, проводили ROC-анализ. Прогрессированием заболевания считали выявление метастазирования в регионарный лимфатический коллектор или появление отдаленных метастазов на фоне проводимого адъювантного лечения или без него.

Результаты. При меланоме кожи в опухоли выше, чем в крови, были уровни $CD3^+$, $CD8^+$, Tregs, ниже – $CD16/56^+$, $CD19^+$; выше, чем в ПЗ – количества IL-6, IL-8, IL-10. По мере нарастания толщины меланомы по критерию Бреслоу в опухоли повышалось содержание Tregs, IL-6, IL-8 и снижалось $CD3^+$, $CD3^+CD4^+$ клеток и уровней TNF-α и IL-2; изменения частично затрагивали ПЗ. На основании полученных данных и анализа клинического течения заболевания была разработана математическая модель прогнозирования прогрессирования меланомы. Данные ROC-анализа позволили определить значение коэффициента K, превышение которого с максимальной диагностической чувствительностью и специфичностью свидетельствовало о высоком риске прогрессирования меланомы; наиболее прогностически информативными показателями были уровни IL-6 в ткани опухоли, IL-2 и IL-1β в ПЗ.

При раке пищевода информативными для прогноза последующего прогрессирования оказались соотношения процента Tregs клеток в ткани ПЗ к ткани опухоли и ЛР, а также процента $CD3^+CD8^+$ в ткани ЛР к опухоли. Первые два коэффициента при прогрессировании были выше, а последний ниже, чем у больных без прогрессирования заболевания в течение периода наблюдения.

Углеродные и металлические наночастицы как перспективные противоопухолевые средства (экспериментальное исследование)

Златник Е.Ю., Шульгина О.Г., Золотарева Е.И., Гранкина А.О.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, Ростов-на-Дону

Цель. Дать экспериментальную оценку возможному противоопухолевому действию наноразмерных частиц на углеродной и металлической основе.

Материалы и методы. Работа выполнена на 80 животных: белых беспородных мышах и крысах с первиваемыми опухолями: мышиными С37 и С180, крысиными С45 и ЛСА Плисса. Использовали наночастицы (НЧ) двух видов: одностенные углеродные нанотрубки (ОУНТ), функционализированные амино- и карбоксильными группами («Карбонлайт», Москва) и сферические частицы переходных металлов Cu, Zn, Fe (ФГУП РФ ГНЦ ГНИИХТЭОС, Саратов). Ставили две серии экспериментов: паратуморальное введение НЧ в дозе 1 мкг/г массы ежедневно в течение 4 дней и перевивка преинкубированных с НЧ опухолевых клеток. В 1-й серии оценивали динамику роста опухолей, во 2-й – продолжительность латентного периода; в обеих определяли продолжительность жизни животных по сравнению с контрольными, которым вместо НЧ вводили физиологический раствор.

Результаты. В 1-й серии экспериментов было установлено выраженное угнетающее влияние введения НЧ металлов на опухолевый рост: объем опухолей был в 1,8–3,7 раз меньше, чем у контрольных животных, а количество живых опухолевых клеток в асцитной жидкости при росте С37 – в 3,4–16,5 раз ниже. Наибольший эффект проявляли НЧ Zn. Продолжительность жизни мышей с перевиваемой С180, получавших НЧ металлов, превышала контроль в 3–4 раза. Паратуморальное введение взвеси НТ NH2 вызывает торможение роста ЛСА Плисса на 83–84% в течение 3 нед после перевивки и повышение продолжительности жизни животных-опухоленосителей в 1,3 раза по сравнению с контролем.

Во 2-й серии экспериментов было показано, что после перевивки преинкубированных клеток ЛСА Плисса с НЧ

Zn латентный период не увеличился, однако индекс торможения опухоли повысился, составляя на 10-е, 17-е и 24-е сутки 3,0, 11,6 и 9,5 соответственно; а продолжительность жизни крыс превышала контроль в 1,45 раза. Преинкубация опухолевых клеток с НТ NH2 вызывает торможение роста ЛСА Плисса на 97% в течение 3 нед, увеличение латентного периода и повышение продолжительности жизни животных-опухоленосителей в 1,68 раз; НТ COOH не проявляют такого эффекта.

Итак, в эксперименте на перевиваемых опухолях мышей и крыс показано противоопухолевое действие НЧ переходных металлов и функционализированных ОУНТ, по-разному выраженное в зависимости от их характеристик.

Возможности последовательной таргетной терапии метастатического рака почки

Золотарева Т.Г., Баландина А.В.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Снижение смертности и увеличение продолжительности жизни онкологических больных является первостепенной задачей в онкологии. Ежегодно в Самарской области выявляется более 500 новых случаев рака почки. Наиболее часто при гистологическом исследовании встречается светлоклеточный вариант почечно-клеточного рака (ПКР). У пациентов с 1–2 стадиями после хирургического лечения прогрессия заболевания развивается через 2–3 года после НЭ. Данные больные нуждаются в противоопухолевом лекарственном лечении. В РФ доступны все имеющиеся на сегодняшний день таргетные агенты. Оценить возможности применения лекарственных средств у больных с метастатическим ПКР можно на клиническом примере.

Пациентка, 1960 г.р., находится на учете и лечении в ГБУЗ СОКОД с диагнозом: рак левой почки pT3N0M0, после НЭ в 1997 г., метастаз в правую почку (2007 г.), в процессе лекарственной терапии с 2008 г. по настоящее время (гистология: почечно-клеточный рак, светлоклеточный вариант). В 01.2008 г. назначена иммунотерапия интерфероном-альфа, получала 10 месяцев, до 10.2008 года. С 11.2008 г. по 04.2010 г. принимала Сорафениб (17 месяцев). По данным КТ в 2009 году: уменьшение размеров с наличием кистозных изменений метастаза. С 04.2010 года переведена на Сунитиниб до 04.2011 г., в связи отсутствием динамики, продолжительность приема составила 11 мес, лечение осложнилось кардиотоксичностью, Сунитиниб отменен. При КТ в 02.2012 г.: прогрессия в виде роста образования в правой почке, в марте 2012 г. выполнена РЧА, продолжено лечение Сорафенибом до 05.2013 года, когда при КТ выявлено появление небольшого метастаза в правой почке, выполнена РЧА в 07.2013 г. Пациентка переведена на препарат Эверолимус, при этом продолжительность приема составила 37 мес. В 08.2016 года выявлен рост метастаза правой почки. Учитывая ECOG 0, ВК было принято решение о продолжении лечения сорафенибом. По данным 02.2017 г. общая выживаемость составила 9 лет (108 мес). Использовалось назначение 5 последовательных линий таргетных препаратов.

Клинический пример иллюстрирует возможности последовательного назначения современных лекарственных средств, позволяя осуществлять контроль над заболеванием и существенно увеличивать продолжительность жизни пациентов.

Проведение «Дней здоровья» на базе ГБУЗ СОКОД

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

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Актуальность. Одним из факторов возникновения многих заболеваний является неправильный образ жизни – это нерациональное питание, низкая физическая активность, наличие вредных привычек, нарушение режима труда и отдыха. И, как следствие, появление избыточной массы тела, повышение артериального давления, развитие злокачественных новообразований (ЗНО).

Научной концепцией предупреждения хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) стала концепция факторов риска. Фактор риска – это особенности организма и внешние воздействия, приводящие к возникновению заболевания, его прогрессированию и неблагоприятному исходу. Большинство факторов риска поддается коррекции и представляет наибольший интерес для профилактики.

Содержание и результаты работы. На базе ГБУЗ СОКОД сотрудниками отделения медицинской профилактики проводятся «Дни здоровья» с оценкой факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ): измерение роста и веса, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления и консультация врача-диетолога. В 2015 г. проведено 3 дня «Дня здоровья». По результатам выявлено, что у 51% обследованных сотрудников выявлено увеличение ИМТ, У 53,5% – повышение АД, при этом у 20,5% повышение обоих показателей, что значительно повышает риск развития ХНИЗ. Соответственно, для снижения риска развития ХНИЗ необходимо устранение и коррекция факторов риска. Этого можно добиться путем ведения здорового образа жизни, а именно: сбалансированным питанием, регулярной физической активностью, поддержанием нормальной массы тела, отказом от вредных привычек, нормализацией артериального давления, своевременного визита к врачу.

Вышеперечисленные профилактические мероприятия позволяют снизить риск возникновения многих хронических неинфекционных заболеваний, в том числе и онкологических. Учитывая положительные отзывы пациентов и сотрудников диспансера о данном мероприятии, планируется продолжать проведение «Дней здоровья» в ГБУЗ СОКОД с возможностью расширения обследований и привлекаемых специалистов.

Комбинированное лечение местнораспространенных высокозлокачественных сарком мягких тканей

Зубарев А.Л., Курильчик А.А., Курпешев О.К., Стародубцев А.Л., Иванов В.Е.

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф.Цыба, Обнинск

Саркомы мягких тканей (СМТ) составляют только 1% от всех злокачественных опухолей у взрослых.

Материалы и методы: В МРНЦ с 2000 по 2015 год было пролечено 183 больных СМТ. У 80% опухоль поражала м/тк конечностей, в 20% – локализовались на туловище. Более 64% больных имели III или IV стадии заболевания. Рецидивные опухоли составили 30% от всех опухолей. По виду предоперационного комбинированного лечения больные были распределены в две группы комплексного лечения. В первую группу включены 107 больных, которым на предоперационном этапе проводилась термохимио-лучевая терапия (ТХЛТ): полихимиотерапия (ПХТ) 3 неоадьювантных и 3 адьювантных курса; лучевая терапия (ЛТ) по методике ускоренного фракционирования до изоэффективной СОД = 42Гр (ВДФ = 69); локальная гипертермия (ЛГТ): первая подгруппа (n = 74) – 6 сеансов ЛГТ; вторая подгруппа (n = 33) – 4 сеанса ЛГТ. Вторую группу составили 76 больных, которым проводилась предоперационное химиолучевое лечение по аналогичным методикам ЛТ и схемам ПХТ, как и в первой группе. Операция (ОП) выполнялась 3–4 недели после 3-го курса ПХТ.

Результаты: Перед ОП проводился анализ результатов ответа опухоли на предоперационное комбинированное лечение по критериям RECIST. Во II группе и второй подгруппе I группы, у 89 и 85% пациентов была только стабилизации процесса, а в первой подгруппе I группы (6 сеансов ЛГТ) – у более половины больных (53%) был отмечен частичный ответ опухоли и у 2 больных получен полный ответ. При анализе лечебного патоморфоза в I группе лечебный патоморфоз III–IV степени выявлен значительно выше (86–88%), чем во II группе (38%). По таблицам дожития Каплана – Мейера были рассчитаны и проанализированы показатели пятилетней безрецидивной (БРВ), безметастатической (БМВ) и общей выживаемости (ОВ). БМВ в I группе составила 69%, в сравнении с II группой – 56% (различия недостоверно). БРВ в I группе 93%, во второй – 78% (p < 0,01). ОВ в I группе 84%, во второй – 68% (p = 0,05).

Заключение: ЛГТ в комбинированном предоперационном лечении СМТ позволяет добиваться высоких показателей лечебного патоморфоза опухоли, а при сочетании с ПХТ и ЛТ (6 сеансов) удается получить частичный ответ опухоли перед операцией у более половины пациентов (53%). Эти результаты обусловили достоверно лучшие показатели безрецидивной выживаемости (93%) в группе с ТХЛТ по сравнению с ХЛТ (78%).

Применение эндоскопических резекций как радикального метода лечения раннего рака желудка

Зуйков К.С., Важенин А.В., Кулаев К.И., Юсупов И.М.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Актуальность. Ранние формы рака желудка, ограниченные пределами слизистого или подслизистого слоев стенки органа, имеющие небольшой размер с высокой степенью дифференцировки имеют минимальный риск развития метастазов и открывают широкие возможности для применения малоинвазивных процедур, таких как мукозальная резекция слизистой (EMR) и субмукозальная эндодиссекция (ESD), как радикальных методов их лечения.

Цель работы: оценить эффективность метода эндоскопических резекций как радикального метода лечения ранних форм рака желудка.

Материалы и методы. На базе эндоскопического отделения ГБУЗ «ЧОКОД» с 2009 по 2016 год проведено 76 эндоскопических резекций по поводу ранних форм рака желудка в объеме 15 EMR и 61 ESD. Для определения глубины инвазии опухоли в стенку органа всем пациентам производилось эндосонография.

Результаты и обсуждение. При гистологическом описании макропрепаратов при EMR, резекция новообразования проведена единым блоком в 93,4% случаев и в 100% случаев с соблюдением всех критериев радикальности операции. При ESD резекция проведена единым блоком в 100% случаев и в 95% случаев с соблюдением всех критериев радикальности операции. В 3 (5%) случаях при проведении ESD произошла конверсия в хирургическую резекцию желудка в следствии выявления инвазии опухоли в стенку органа. Осложнения возникли в 6 (7,8%) случаях: 3 случая интраоперационного кровотечения купированы либо методом наложения эндоклипс или методом воздействия аргоноплазменной или диатермокоагуляции. Три случая перфорации стенки желудка при ESD, два их них закрыты методом клипирования, в одном случае произведена лапароскопия с аппаратным ушиванием стенки органа. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. При последующем динамическом наблюдении ни в одном из случаев продолженного роста или рецидива опухоли в зоне проведенной резекции не выявлено.

Выводы. Эндоскопические резекции в 95% случаев они стали окончательным методом лечения ранней формы рака желудка, что сопоставимо с хирургическим лечением (в среднем 95%), что дает право рассматривать эндоскопические резекции альтернативой хирургических операций, как терапию первой линии.

Особенности нутритивного статуса у больных раком желудка

Зуков Р.А., Горбунова Е.А.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск;
Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И.Крыжановского, Красноярск

Цель: изучение показателей нутритивного статуса у больных раком желудка.

Материал и методы. В исследование включено 116 больных раком желудка, прооперированных на базе отделения онкоабдоминальной хирургии КККОД. В предоперационном периоде всем пациентам проводилось антропометрическое, биоимпедансометрическое обследование с помощью анализатора ABC01-036 «Медасс», а также оценка индекса нутритивного риска NRI (Nutritional Risk Index). NRI рассчитывали по формуле: (1,519 × сывороточный альбумин, г/дл) + (41,7 × реальная масса тела (кг)/идеальная масса тела (кг)).

Результаты и обсуждение. Среди обследованных пациентов 48 мужчин (41,4%) и 68 (58,6%) женщин, средний возраст – 61,3 ± 1,04 год. Распределение по стадиям заболевания: I – 31 (26,8%) пациент, II – 24 (20,7%), III – 33 (28,4%), IV – 28 (24,1%). Наиболее частая локализация опухоли – антральный отдел (32,8%). Основной морфологический вариант – аденокарцинома различной степени дифференцировки (73,9%).

Распределение обследуемых пациентов по группам в зависимости от индекса массы тела: дефицит массы тела – 6 (5,2%), нормальная масса – 40 (34,5%), избыточная масса – 43 (37,0%), ожирение 1 степени – 19 (16,4%), ожирение 2 степени – 8 (6,9%).

Медиана величины фазового угла у обследуемых мужчин – 6,37; у женщин – 5,45. Снижение величины фазового угла в сравнении с популяционными показателями указывает на преобладание процессов катаболизма у больных раком желудка.

Оценка нутритивного статуса: у 84 (72,4%) больных раком желудка не было явлений нутритивной недостаточности, у 32 (27,6%) пациентов диагностирована недостаточность питания: в 19% случаев – умеренная, в 8,6% – тяжелая степень.

Заключение. Несмотря на наличие более чем у 60% больных раком желудка избыточной массы тела или ожирения в данной группе пациентов выявлено преобладание процессов катаболизма, а также у 27,6% признаки нутритивной недостаточности, что имеет важное значение в оптимизации ведения пациентов в пред- и послеоперационном периоде.

Группы прогноза при папиллярном раке щитовидной железы в зависимости от статуса мутации BRAF V600E и индекса экспрессии Ki-67

Иванов А.А., Авдалян А.М., Лазарев А.Ф.

Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул

Цель: определение возможности стратификации пациентов с папиллярным раком щитовидной железы (ПРЩЖ) на группы прогноза в зависимости от статуса BRAF V600E и экспрессии Ki-67(уровнем пролиферативной активности (ПА)).

Материалы и методы. Исследованы 89 операционных материалов ПРЩЖ. Мутация p.Val600Glu(V600E) 15 экзона гена *BRAF* определялась набором Real-time–PCR-BRAF–V600E «Биолинк». ИГХ исследование проводили с антителами Ki-67 (клон MIB1, «DAKO»). Анализ выживаемости оценивали актуриальным методом Каплана-Мейера, многофакторный анализ проводили по Коксу с определением ряда статистических предикторов для многофакторных и моновариантных систем просчета с уровнем безошибочного суждения 95% для непараметрических систем анализа. Для обработки данных использовали программу Statistica 8.0.

Результаты и обсуждение. Для исследования выживаемости в зависимости от коэкспрессии Ki-67 и статусом мутации V600E все пациенты были разделены на 4 группы: I-группа с отсутствием мутации и индексом Ki-67 ниже среднего уровня 6,3%, II-группа с отсутствием мутации и Ki-67 > 6,3%, III-группа с наличием мутации и Ki-67 < 6,3%; IV-группа с наличием мутации и Ki-67 > 6,3%. Ведущим параметром прогноза выживаемости в этих группах оказался высокий уровень ПА (Ki-67 > 6,3%). Учитывая этот факт, мы решили объединить II и IV группу и сформировать 3 группы прогноза выживаемости в зависимости от молекулярных характеристик (по принципу молекулярных типов РМЖ). В I-группе прогноза с отсутствием мутации и Ki-67 < 6,3% 10-летняя выживаемость составила 100%. Во II-группе прогноза с наличием мутации и Ki-67 < 6,3% выживаемость составила 76,4%. 10-летняя выживаемость в группе с Ki-67 > 6,3% вне зависимости от статуса мутации составил 36,8% (Log-Rank Test для всех 3 групп $p = 0{,}001$).

Многофакторный анализ выживаемости по Коксу позволил выделить независимый прогностический критерий. Им стал биомолекулярный критерий, объединивший параметр индекса Ki-67 и статус гена *BRAF*. Показатель χ^2 был самым высоким (35, $p = 0{,}000005$) в группе из индекса Ki-67, наличия мутации.

Вывод: наше исследование позволило выделить биомолекулярные прогностические типы ПРЩЖ, связанные с ПА и мутацией BRAF V600E.

Анализ частоты мутаций в гене *BRAF* при меланоме кожи в Алтайском крае

Иванов А.А.[1], Авдалян А.М.[1], Ракуть Д.В.[2], Пупкова Е.Э.[2], Лазарев А.Ф.[1]

[1]Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул;
[2]Алтайский онкологический диспансер, Барнаул

Актуальность. Встречаемость мутаций в гене BRAF при меланоме кожи достаточно вариабельна и по данным литературы достигает от 40 до 70%. Наиболее частым генетическим повреждением данного гена среди всех типов BRAF-мутаций, по данным разных авторов, является замена c.1799T > A (V600E) с частотой 80–90%. Второй по частоте является мутация c.1798_1799GT > AA (V600K) с долей до 30%, другие поломки данного гена встречаются еще реже. Большинство лабораторий довольно успешно используют полимеразную цепную реакцию (ПЦР) в реальном времени для выявления генетических повреждений данного гена, но данный метод не покрывает известный спектр соматических мутаций. В связи с этим возникает потребность в секвенировании 15-го экзона гена *BRAF* для покрытия недостающего спектра анализируемых мутаций.

Цель: определение частоты и спектра мутаций в гене *BRAF* при меланоме кожи в Алтайском крае.

Материалы и методы. В работу включена операционная ткань от 47 больных с меланомой кожи запущенных стадий (IIIB–IV), проживающих в Алтайском крае. Мутация V600E гена *BRAF* определялась набором Real-time–PCR-BRAF–V600E «Биолинк» (Россия). 25 образцов, которые по результатам ПЦР были отрицательны на наличие BRAF V600E, подвергались секвенированию. Секвенирование по Сэнгеру 15 экзона гена BRAF проводилось на генетическом анализаторе Applied Biosystems 3500(США).

Результаты и обсуждение. В нашей группе пациентов мутации гена *BRAF* выявлены в 26 случаях (55,3%). Замена c.1799T > A (V600E) составляла подавляющее большинство мутаций и была обнаружена в 22 случаях (84,6%) из 26 обнаруженных нами повреждений данного гена. Мутация c.1789_1790CT > TC (L597S) гена *BRAF* выявлена в 2 случаях (7,7%), c.1803A > T (K601N) в 2 образцах (7,7%).

Вывод. Таким образом, мутантный статус гена BRAF выявлен у 55,3% больных. Мутация V600E обнаружена в 84,6% из всех выявленных генетических повреждений, L597S и K601N встречались с одинаковой частотой 7,7%. Полученные результаты выявленных генетических повреждений показывают, что спектр и частота встречаемости относительно редких аллелей гена *BRAF* при меланоме кожи в Алтайском крае несколько отличается от других регионов России.

Современный опыт реабилитации онкологических больных при операциях на опорно-двигательном аппарате

Иванов В.Е., Курильчик А.А., Стародубцев А.Л., Зубарев А.Л., Гуменецкая Ю.В.

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф.Цыба – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Обнинск

Введение. В настоящее время эндопротезирование является стандартом в крупных отечественных онкологических клиниках. Вопросы медицинской реабилитации таких пациентов не решены в полной мере. В МРНЦ им. Цыба проводится комплексное лечение больных саркомами костей, которое включает в себя эндопротезирование суставов и завершается этапом функциональной реабилитации. Цели и задачи функциональной реабилитации: разработка движений в протезированном суставе, укрепление основных групп мышц оперированной конечности, устранение мышечного дисбаланса, восстановление биомеханики ходьбы.

Материалы и методы. Функциональная реабилитация проводилась по следующей методике: механотерапия – разработка движений на аппаратах пассивного действия «Artromot», блоковая терапия – комплекс занятий с применением системы креплений, корригирующих подвесов, грузов и укладок больного с разгрузкой суставов и применяется для увеличения подвижности в оперированном суставе, дозированного укрепления ослабленных мышечных групп конечности, купирования рефлекторного болевого синдрома. Гидрокинезотерапия – блок гимнастических упражнений, направленных на укрепление мышечного корсета оперированной конечности за счет воздействия гидростатического давления водной среды.

Результаты. С 2009 по 2016 г. лечение проведено 70 больным. 20 человек (29%) дети в возрасте от 11 до 18 лет, 50 (71%) – взрослые. По морфологическому диагнозу: остеосаркома 23 (33%) больных, злокачественная гигантоклеточная опухоль 18 (26%), хондросаркома 13 (19%), саркома Юинга 7 (10%), злокачественная фиброзная гистиоцитома 3 (4%), параостальная саркома 3 (4%), метастатическое поражение 3 (4%). Функциональные результаты рассчитывались по шкале MSTS. Средние показатели оценки функции конечности после эндопротезирования тазобедренного сустава составили 72%, после эндопротезирования коленного сустава у больных с опухолью дистального отдела бедренной кости – 83%, после замещения проксимального отдела б/б кости – 76%, после тотального эндопротезирования бедренной кости – 67%. Функциональные результаты после протезирования голеностопного сустава составили 83%, а после реконструктивных вмешательств на плечевой кости составляют 80%.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего развития данных методик реабилитации онкоортопедических больных в специализированных отделениях восстановительного лечения.

Ранние результаты «обратного» эндопротезирования плечевого сустава при опухолевом поражении плечевой кости

Иванова М.В., Карпенко В.Ю., Бухаров А.В., Державин В.А., Ядрина А.В.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Москва

Первичные злокачественные опухоли костей составляют от 1 до 3% всей опухолевой патологии. Метастатическое поражение скелета составляет до 96% всех злокачественных новообразований костей. Преимущественно они локализуются в костях нижней конечности, чаще в проксимальном отделе бедренной кости (41%). Среди костей верхней конечности проксимальный отдел плечевой кости поражается у 12%.

Цель. Оценить результаты «анатомического» (АЭ) и «обратного» (ОЭ) эндопротезирования плечевого сустава при опухолевом поражении проксимального отдела плечевой кости.

Материалы и методы. За период 2006–2016 г.г. 54 больным выполнено хирургическое лечение в объеме проксимальной резекции плечевой кости с эндопротезированием. АЭ установлен 31, ОЭ – 23 пациентам. Средний возраст – 40 лет. Первичные опухоли плечевой кости были у 36 (67%), метастатические у 18 (33%) больных. Первичные злокачественные новообразования костей по морфологии были: хондросаркома у 42%, остеосаркома у 28%, другие у 30%. Вторичное поражение плечевой кости было при раке почки у 44%, молочной железы у 28%, легкого у 22% и меланоме у 6% больных.

Результаты. В группе больных с АЭ послеоперационные осложнения диагностированы у 3 (9,7%) пациентов. Из них инфицирование ложа металлоимпланта у 1 (3,2%) больного и вывих головки эндопротеза у 2 (6,5%) пациентов. Вывих ОЭ у 2 (8,7%) больных. Период наблюдения составил от 6 до 90 мес.

У большинства пациентов, которым проведено ОЭ плечевого сустава, удалось достигнуть отличного (57%) и хорошего (35%) функциональных результатов по шкале MSTS, в то время как у больных после АЭ отличного результата не получено, а показатели хорошего функционального результата составили 13%, удовлетворительного – 26%.

Выводы. Полученные нами результаты использования методики ОЭ плечевого сустава могут свидетельствовать о перспективности ее развития и дальнейшего внедрения в онкохирургическую практику.

Опыт применения системы «кибер-нож» в лечении пациентов с почечно-клеточным раком

Ивахно К.Ю., Важенин И.А., Важенин А.В., Карнаух П.А.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск;
Южно-уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Челябинск

Почечно-клеточный рак (ПКР) в России занимает 10 место. ПКР относится к радиорезистентным опухолям, но расширяются возможности стереотаксической радиотерапии (SRT) для лечения пациентов с высоким риском операции. Преимущества SRT: неинвазивность, безболезненность, высокая точность, максимальная доза в опухоли, минимизация дозы на здоровые ткани, кратковременность лечения, минимум лучевых реакций и осложнений, амбулаторное лечение.

Цель исследования оценить роль SRT в лечении локализованного ПКР. С ПКР с 2012 г. получили лечение два пациента, причем у одного пациента проведен курс SRT на обе почки. При выборе пациентов применялись стандартными критерии отбора для данного метода.

1) Пациент Т, 58 лет, диагноз: ПМСР: 1) Рак нижней половины удвоенной правой почки pT1вN0M0, после операции – геминефрэктомия справа 2010 г. ИТ 2011 г. Рецидив в 2012 г. 2) Рак левой почки pT1вN0M0, после резекции левой почки в 2010 г. ИТ 2011 г. Рецидив в 2012 г.

05.2012 года биопсия рецидивных образований почек, верифицирован ПКР. 06.2012 года курс SRT на левую почку: 3 фракции с РОД = 15Гр СОД = 45Гр; V опухоли 12 см^3. 09.2012 года курс SRT на правую почку: 3 фракции РОД = 10Гр; СОД = 30Гр. V опухоли 80 см^3. Результат: МСКТ через 11 мес после окончания SRT – в правой почке кистозная дегенерация, опухоль не определяется. Слева опухоль уменьшилась с 29 мм до 21 мм, контраст копит по периферии только в артериальную фазу, фиброзно-рубцовые изменения. Функция почек сохранена.

2) Пациентка С, 61 г. Диагноз: ПММР: 1) Рак левой почки pT1вN0M0, после операции – нефрэктомии слева 2006г. 2) Рак правой почки pT1aN0M0, после операции – резекции единственной правой почки 2011 г. ИТ 2011 г. Рецидив в 2013 г.

МРТ 04.2013 года – рецидив опухоли единственной правой почки 33мм., верифицирован ПКР. 11.2013 г. курс SRT: 3 фракции РОД = 11 Гр, СОД = 33 Гр. V опухоли 25 см^3. Результат: МРТ через 12 мес. – опухоль уменьшилась с 33 мм до 29 мм, сохраняется контрастирование в артериальную фазу. Функция почки сохранена.

Выводы: стереотаксическая радиохирургия расширяет возможности лечения пациентов с локализованным почечно-клеточным раком, в тех случаях, когда невыполнима операция по различным причинам. Результат лечения – уменьшение размеров опухоли или полная ее резорбция без ухудшения функции почки.

Проблема инвалидности больных колоректальным раком в Удмуртской республике

Идиатуллин Р.М., Прокопьева Т.А.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель работы. Изучить состояние проблемы инвалидности больных колоректальным раком (КРР) в Удмуртской Республике (УР).

Материалы и методы. Ретроспективно изучены акты освидетельствования граждан, признанных инвалидами по поводу КРР, проведенных в Бюро №7 – филиал ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России за 2013–2015 годы, данные Популяционного Ракового регистра за 2006–2015 годы БУЗ УР «РКОД им. С.Г.Примушко МЗ УР», амбулаторные карты умерших от КРР за 2013–2015 годы.

Результаты. Совокупный показатель заболеваемости КРР в УР в 2015 г. составил 52,5 на 100 000 населения (2006 г. – 38,0), что вывело эту локализацию на I место в общей структуре онкозаболеваемости населения. Смертность от КРР в этом же году составила 28,5 на 100 000 населения (2006 г. – 24,1), показатель одногодичной летальности приблизился к 52,1%. За 2013–2015 годы взято на учет 1970 больных с впервые в жизни установленным диагнозом КРР. В каждом втором случае злокачественное новообразование (ЗНО) ободочной кишки и в каждом третьем случае ЗНО прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса выявлены в III–IV стадиях. За изученный период от КРР умерло 1763 больных (ср. возраст 70,71 ± 0,28 лет), из них 243 (13,78%) пациента умерло в трудоспособном возрасте (51,51 ± 0,45 лет). В течение последних 3 лет КРР занимает I ранговое место среди нозологических форм ЗНО, послуживших причиной инвалидности, и в 2015 г. достиг 20,0%. За этот период признаны инвалидами по КРР 1107 человек (ср. возраст 69,86 ± 0,32 лет), из них 320 (28,9%) пациентов были трудоспособного возраста (51,57 ± 0,99 лет). Процент выхода на инвалидность вследствие КРР составил 56,19%. 2 группа инвалидности установлена в 56,12% случаев, 1 – в 40,8%, 3 – в 3,06%. В 56,1% случаев группа инвалидности установлена на 1 год, в 22,4% – на 2 года, в 19,4% – бессрочно. Реабилитационный потенциал в каждом втором случае оценен как низкий. В технических средствах реабилитации нуждался каждый второй инвалид.

Выводы. В УР наметилась тенденция к росту заболеваемости и смертности от КРР. В связи с высоким процентом распространенных и запущенных форм КРР в структуре инвалидности от ЗНО он занял ведущее положение, что требует серьезной образовательной и просветительской деятельности среди врачей первичного звена и населения.

Опыт аутотрансплантации толстой кишки при первичной и реконструктивной эзофагопластике в онкологии

Ильин И.А.

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова, Минск, Республика Беларусь

Цель. Представить опыт аутотрансплантации толстой кишки при первичной и реконструктивной эзофагопластике у пациентов, страдающих раком пищевода, в нестандартных анатомических условиях.

Материалы и методы. Аутотрансплантация толстой кишки применена у 6 пациентов, страдающих раком пищевода. Первичная реконструкция выполнена у 2 (33,3%) пациентов, повторная реконструкция после ранее перенесенных разобщающих операций по поводу осложнений первичной пластики желудком – 4 (66,7%).

По критерию T пациенты распределились следующим образом: T1 – 1 (16,7%), T2 – 2 (33,3%), T3 – 3 (50%); по критерию N: N1 – 4 (66,7%), N0 – 2 (33,3%); по стадиям: III стадия – 4 (66,7%), II стадия – 1 (16,7%), I стадия – 1 (16,7%). Возраст пациентов составил 57,50 (40,00; 67,50) лет, индекс массы тела – 19,09 (16,80; 22,70) Ед. Все пациенты были мужского пола. Для загрудинной пластики пищевода левый фланг в антиперистальтической позиции использован у 1 (16,7%) пациента, правый фланг в изопозиции – 5 (83,3%). Пищеводно-толстокишечный анастомоз конец в конец формировали конец в конец. Васкуляризацию трансплантата осуществляли путем межартериального и межвенозного анастомозирования ободочно-кишечных сосудов трансплантата с внутренними грудными сосудами. Транспозиция правых ободочно-кишечных сосудов выполнена у 2 (33,3%) пациентов, средних – у 3 (50%), левых – 1 (16,7%). Показаниями явились перерыв дуги Риолана – 2 (33,3%), сужение краевого сосуда по правому флангу – 3 (50%), сужение краевого сосуда по левому флангу 1 (16,7%).

Результаты. Продолжительность пребывания в стационаре составила 27,50 (21,00; 41,25) дней, продолжительность операций – 382,50 (342,50; 445,00) минут, объем кровопотери – 375,00 (337,50; 550,00) мл, общая частота послеоперационных осложнений составила – 2 (33,4%). Некроз анастомотического сегмента трансплантата развился у 1 (16,7%) пациента. 60-дневная послеоперационная летальность составила 1 (16,7%) наблюдение. Поздняя рубцовая стриктура пищеводного анастомоза развилась в 1 (16,7%) случае. 1- и 3-летняя выживаемость составила 66,7 ± 15,2%, 33,3 ± 19,2% соответственно. Медиана выживаемости — 18,0 ± 8,7 мес (95% ДИ 1,0–35,0 мес).

Заключение. В нестандартных анатомических условиях аутотрансплантация толстой кишки у онкологических пациентов позволяет восстановить непрерывность пищеварительного тракта и добиться удовлетворительных результатов лечения.

Феномен быстрого прогрессирования опухоли поджелудочной железы и оптимизация сроков МР-визуализации

Иозефи Д.Я., Винидченко М.А., Демченко Н.С.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Актуальность. Рак поджелудочной железы – одна из главных причин смерти от рака и ее доля в онкологической статистике смертности не сокращается. У пациента данные лучевой диагностики о распространенности процесса могут быстро перестать соответствовать картине в операционном поле.

Материалы и методы. В 2014–2016 годах, используя МР-визуализацию на томографе GE Signa HD 1,5 т, мы обследовали 30 пациентов, нами были эмпирически обобщены данные о динамике онкопроцесса.

Результаты. У 10 пациентов локализация опухоли в головке органа, 10 случаев поражения головки с переходом на перешеек, 5 случаев поражения тела и 5 хвоста органа. У 25 пациентов наблюдалась экстраорганная инвазия, у 28 пациентов выявлено вторичное поражение лимфоузлов брюшной полости и забрюшинного пространства (мезентериального, парааортального, паракавального коллекторов и гепатодуоденальной связки), у 21 пациента определялся паравазальный рост с вовлечением магистральных сосудов (чревного ствола, верхней брыжеечной артерии, воротной вены или нижней полой вены). У 14 пациентов отмечена стабилизация и патоморфоз на фоне специализированного консервативного лечения. У 18 пациентов проводились дренирующие вмешательства (чрескожная чреспеченочная холангиостомия, билиодигестивный анастомоз) при этом у 12 пациентов зафиксировано уменьшение зоны перитуморального отека, у 4 больных визуальная протяженность процесса и перипроцесса сохранялась, у 3 пациентов за период между исследованиями до и после ликвидации билиарной гипертензии выявлялось прогрессирование процесса (в том числе лимфогенное и гематогенное метастазирование). После радикальных вмешательств локальных рецидивов не выявлено. В 6 случаях прогрессирования выявлено нарастание объема опухолевой ткани преимущественно за счет очагов в печени в 4 случаях и за счет поражения лимфатических узлов в ранее не выявляемых коллекторах. При сроках между исследованиями 6–10 нед во всех 6 случаях прогрессирования увеличение объема опухолевой ткани было достоверно по критериям ВОЗ и RECIST 1.1.

Выводы. За срок в 3–5 нед локальный процесс может осложниться отчетливо визуализируемым канцероматозом брюшины, инвазией в прилежащие сосуды или поражением паренхиматозных органов. МР-контроль до операции может сократить количество эксплоративных лапаротомий и обеспечить хирурга четкой информацией на этапе планирования вмешательства.

Эффективность химиолучевой терапии рака шейки матки с применением различных режимов брахитерапии высокой мощностью дозы

Исаев И.Г., Акперов К.С., Гулиев Э.Г., Алиева Н.С.

Национальный центр онкологии, Баку, Азербайджан

Цель исследования. Целью настоящего исследования явился анализ эффективности лечения местно-распространенного рака шейки матки (РШМ) применяя различные режимы брахитерапии.

Материал и методы. Основой для выполнения настоящего исследования послужили результаты обследования и лечения 246 больных РШМ IIA–IIIB стадии. Возраст больных колебался от 31 до 76 лет. Большинству больных (54,1%) было 40–60 лет. Распределение больных по стадиям РШМ было следующим: IIA – 44 (17,9%), IIB – 115 (46,8%), IIIA – 13 (5,3%) и IIIB – 74 (30%) пациентки. При морфологическом исследовании было выявлено 213 (86,6%) случаев плоскоклеточного рака, 21 (8,5%) аденокарцином и в 12 (4,8%) случаях анапластический рак. Больные, вошедшие в исследование, были разделены на две группы: группа 1 – больные получали сочетанную ЛТ (СЛТ) с модифицированным режимом брахитерапии (2 × 9 Гр) и конкурентную химиотерапию; группа 2 – больные получали СЛТ в классическом режиме (4 × 7,5 Гр) и конкурентную химиотерапию. Разовая очаговая доза дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) составляла 2,0 Гр, один раз в день, 5 раз в неделю до суммарной дозы 46–50 Гр. С первого же дня ДЛТ начинали конкурентную химиотерапию (цисплатин в дозе 40 мг/м^2 один раз в неделю, 5 инфузий).

Результаты. Всего у 175 (71,1%) больных удалось достичь полной регрессии опухоли. В 65 (37,1%) случаях был зарегистрирован рецидив заболевания. Из них в 37 (59,6%) случаях выявлен локорегиональный рецидив, в 13(20,9%) – только отдаленные метастазы, в 15 (24,3%) – сочетанные рецидивы (локорегиональный рецидив и отдаленные метастазы). Общая 5-летняя выживаемость в зависимости от метода лечения составила в первой группе – 74,5%, во второй группе – 71,2%. Сравнительный анализ поздних лучевых повреждений также не выявил каких-либо существенных различий между группами.

Заключение. Таким образом, химиолучевая терапия с использованием 2-фракций брахитерапии высокой мощностью дозы по 9 Гр и конкурентной химиотерапией цисплатином является эффективным лечения местно-распространенного РШМ с приемлемой токсичностью и может проводиться в рутинной клинической практике.

Ключевые слова: рак шейки матки, брахитерапия, цисплатин, химиолучевая терапия.

Организация медицинской помощи пациентам с лимфомами кожи в Челябинской области

Исаева Г.К., Важенин А.В., Фадеева Н.В., Мамонова А.О., Шмыгина О.С., Курченкова О.В., Маслихов И.А., Татджидинова Т.Г., Андриевских М.И.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Цель работы:

• минимизировать количество пациентов с доброкачественными заболеваниями кожи, направляемых на консультацию в онкодиспансер;

• уменьшить количество «ненужных» биопсий кожи;

• повысить выявляемость лимфомы кожи, снизить частоту диагностических ошибок, а также унифицировать терапевтические подходы к лечению.

Материалы и методы: нами был разработан новый способ организации медицинской помощи пациентам с кожными лимфомами.

Благодаря тесному сотрудничеству с городскими и областными дерматологами и привязке данных пациентов к конкретному врачу-онкологу удалось уменьшить количество направляемых пациентов и улучшить качество медицинской помощи данным пациентам.

Результаты. Взяты на контроль двое пациентов, выполнены биопсии кожи в условиях отделения амбулаторной хирургии онкодиспансера, гистологические и иммуногистохимические исследования полученных материалов, сформирован план лечения. Пациенты находятся под наблюдением.

Заключение. В реальной клинической практике своевременная диагностика и адекватное лечение лимфом кожи сталкиваются с большим количеством трудностей. Одной из причин этого является относительно низкая распространенность этих заболеваний, что уменьшает диагностическую настороженность, информированность и клинический опыт специалистов. Дополнительную трудность создает тот факт, что эта патология лежит между дерматологией и онкологией, и в различных регионах и даже в различных учреждениях диагностикой и лечением этих пациентов занимаются разные специалисты, что негативно сказывается как на преемственности лечения и единстве подходов к лечению этих пациентов, так и на качестве оказываемой помощи. На протяжении многих лет ограниченность диагностических и лечебных возможностей для помощи пациентам с лимфомами кожи делала эти проблемы малозначимыми.

Новый способ организации медицинской помощи пациентам с лимфомами кожи позволит увеличить качество, продолжительность жизни этих пациентов, а также сэкономить средства диспансера благодаря дифференцированному подходу к выполнению дорогостоящих исследований.

Результаты лечения больных с опухолями забрюшинного пространства

Каганов О.И., Самойлов К.В., Лысенко А.В., Блинов Н.В.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Актуальность. Методы 3D моделирования и предоперационной эмболизации позволяют облегчить поиск кровоснабжающих опухоль сосудов за счет более четкой их визуализации на фоне окружающих тканей. Предварительные ближайшие результаты хирургического лечения у пациентов после предоперационной эмболизации имеют лучшие показатели по сравнению с ретроспективной группой исследования.

Цель: оптимизация поиска кровоснабжающих опухоль сосудов за счет более четкой их визуализации на фоне окружающих тканей используя методы 3D моделирования и предоперационной эмболизации.

Материалы и методы. На базе Самарского областного клинического онкологического диспансера с 2008 по 2015 годы было проведено лечение 176 пациентов (49 мужчин и 127 женщин). Все пациенты были разделены на две группы. В группе I (n = 51, 29%) выполнялось комбинированное удаление опухоли; в группе II (n = 125, 71%) – удаление забрюшинной опухоли в пределах здоровой ткани с применено дооперационного 3D-моделирования и эмболизации сосудов, питающих опухоль.

Результаты. По данным гистологического исследования злокачественные забрюшинные опухоли были верифицированы у 85 больных (48,4%), которые в 100% случаев были представлены различными формами сарком. Доброкачественные опухоли были диагностированы у 91 пациента (40,3%). Среди последних преобладали фибролипомы (17,1%) и нейрофибромы (12,5%). В группе пациентов дооперационного 3d моделирования и эмболизации сосудов, питающих опухоль, хирургическое лечение характеризовалось более низкими значениями предварительных ближайших результатов лечения, однако сравнительная характеристика не проводилась в связи с неоднородностью групп.

Выводы. При комбинированном удалении забрюшинной опухоли интраоперационная кровопотеря, время операции, число послеоперационных осложнений, послеоперационный койко-день были значимо больше в сравнении с группой больных, где выполнялось удаление опухоли в пределах здоровых тканей. Методы 3D моделирования и предоперационной эмболизации позволяют облегчить поиск кровоснабжающих опухоль сосудов за счет более четкой их визуализации на фоне окружающих тканей. По мере накопления опыта проведение предложенных методик на дооперационном этапе можно рекомендовать к широкому внедрению в специализированных стационарах.

Особенности клинического течения наследственных форм ретинобластомы

Казубская Т.П.[1], Козлова В.М.[1], Ушакова Т.Л.[1], Югаева О.В.[1], Алексеева Е.А.[2], Стрельников В.В.[2], Поляков В.Г.[1]

[1]Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва; [2]Медико-генетический научный центр РАМН, Москва

Ретинобластома (РБ) – опухоль с высоким злокачественным потенциалом, развивается в раннем детском возрасте. Причиной наследственных и большинства ненаследственных РБ являются мутации в гене RB1.

Цель работы показать клинико-генетические особенности РБ.

Материалы и методы. Изучены клинико-генетические данные 393 детей больных РБ из 351 семьи, которые лечились и наблюдались в РОНЦ им. Н.Н.Блохина между 1994 и 2013 г. Тестирование мутаций в гене RB1 проводилось у 75 пациентов и 137 их родственников. ДНК выделялось из лимфоцитов крови.

Результаты. Семейные формы РБ выявлены у 8,6% пациентов, билатеральные – у 38%. Наследственные формы РБ составили 44%. У 3,1% проходивших лечение детей с РБ диагностированы вторые первичные опухоли. Наследственные мальформации и пороки развития, такие как порок сердца, гипоспадия, расщелина неба и др., наблюдались у 4,8% детей, превышая популяционную частоту (3%). Причем у детей с унилатеальной РБ они наблюдались чаще (4,6%), чем с билатеральной РБ (3,2%). Герминальная мутация в гене RB1 выявлена у 70% пациентов, у 85% детей с билатеральной РБ и у 14% с унилатеральной. Наблюдение за пациентами с разными типами мутаций показало, что у носителей нонсенс мутаций, инсерций, крупных делеций клиническое течение заболевания более тяжелое (билатеральное, мультифокальное поражение сетчатки глаза, раннее начало РБ, появление новых фокусов, несмотря на проведенную органосохраняющую терапию). В семьях с миссенс мутациями и мутацией сайта-слайсинга в гене RB1 наблюдалась неполная пенетрантность и сниженная экспрессивность (поздняя манифестация, единичные фокусы опухоли). В этих семьях непораженными носителями патологического варианта гена RB1 были отцы. В семье с мутацией сайта-сплайсинга (g.61807G > A, exon 9) только ребенок и его дядя имели унилатеральную РБ. Его отец и дед были непораженными носителями той же мутации, показывая неполную пенетрантность мутации.

Заключение. Дети с наследственными формами РБ могут иметь мальформации, пороки развития и высокий риск развития вторых первичных опухолей. Дети носители герминальных мутаций в гене RB1 показали фенотип-генотип корреляцию. В некоторых семьях с патологическим вариантом мутации в гене RB1 возможна неполная пенетрантность и низкая экспрессивность в проявлении заболевания. Поэтому тестирование гена RB1 необходимо для всех родственников 1-й степени родства, включая унилатеральные случаи РБ.

Новые сывороточные маркеры для ранней диагностики плоскоклеточного рака головы и шеи

Какурина Г.В., Черемисина О.В., Кондакова И.В., Чойнзонов Е.Л.

Научно-исследовательский институт онкологии, Томск; Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск

Плоскоклеточный рак головы и шеи (ПРГШ) отличается агрессивным течением и высокой смертностью в первый год после постановки диагноза. Использование инструментальных методов для диагностики ПРГШ на уровне амбулаторно-поликлинического звена затруднительно. Актуален поиск доступных и малоинвазивных показателей для ранней диагностики ПРГШ. Поэтому целью работы явился анализ содержания протеинфосфатазы 1 B (PPM1B), аденилил циклаза ассоциированного протеина 1 (CAP1) и активности циркулирующих протеасом (ц-протеасом) в сыворотке крови больных ПРГШ и больных с хроническими заболеваниями гортани и гортаноглотки с морфологически подтвержденной дисплазией слизистой оболочки (ХГЛ, DII-III) для оценки их использования для ранней диагностики ПРГШ.

Материал и методы: исследовали сыворотку крови первичных 58 больных ПРГШ (T1-4N0-3M0), 15 человек с ХГЛ (DII-III) и 12 здоровых лиц. Анализ проводили с помощью ИФА наборов Human PPM1B и CAP1 ELISA Kit на микропланшетном ИФА ридере Anthos Reader 2020. Химотрипсинподобную (ХТП) и каспазоподобную (КП) активность ц-протеасом измеряли согласно методике Ma W. et all, 2008 г. Статистическую обработку результатов проводили с применением пакета программ Statistica 6.0.

Результаты исследования: Выявлены достоверные различия в содержании CAP1 и PPM1B во всех группах. У больных ПРГШ (T1N0M0) уровень CAP1 был выше, чем у пациентов с ХГЛ почти в 2 раза (p = 0,01). Уровень PPM1B у больных ПРГШ (T1N0M0) был выше в 1,5 раза, чем у больных ХГЛ (DII-III) (p = 0,02) и сохранял тенденцию к росту с увеличением стадии. Отмечена положительная связь между содержанием в сыворотке крови больных ПРГШ CAP1 и PPM1B. Анализ активности ц-протеасом в сыворотке крови больных ПРГШ показал различие ХТП и КП активности во всех группах. У больных со стадией T1N0M0 ХТП активность ц-протеасом была выше в 1,5 раза ($P \leq 0,01$) по сравнению с группой больных с ХГЛ, DII-III.

Обсуждение: показана перспективность использования определения содержания PPM1B и CAP1 и ХТП активности ц-протеасом сыворотки крови для ранней диагностики ПРГШ. Данные показатели возможно использовать для мониторинга групп больных хроническими воспалительными заболеваниями гортани и гортаноглотки с морфологически подтвержденной дисплазией слизистой оболочки. Для выяснения прогностической значимости уровня PPM1B и CAP1 необходимы дополнительные исследования с увеличением числа больных в группах.

Особенности применения ПЭТ-КТ в диагностике вторичных изменений при раке легкого

Калантаев Д.Б., Афанасьева Н.Г., Важенина Д.А.

Челябинский окружной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Отмечается неуклонный рост распространенных форм рака легкого, что ставит вопрос о раннем выявлении метастатических поражений в ряд первоочередных. ПЭТ/КТ-исследование по стандартной методике позволяет выявить патологические структурные и метаболические изменения во всем организме.

Цель: оценка эффективности ПЭТ/КТ исследований в выявлении метастазов рака легкого.

Материалы и методы. За период 2011–2015 гг. проведено ПЭТ-КТ 749 больных раком легкого по методике «все тело» с применением 18F-ФДГ. С целью выявления метастатического поражения костной системы всем обследованным пациентам выполнялась остеосцинтиграфия с препаратом Тс-99м Технефор.

Результаты. Выявляемость отдаленного метастатического поражения в зависимости от стадии Т основного заболевания составила: при стадии Т1 рака легкого – 7%, при стадии Т2 – 24%, при стадии Т3 – 41%, при стадии Т4 – 69%, что свидетельствует о наличии отдаленного метастатического поражения на ранних этапах развития основного заболевания. Распределение метастатического поражения при раке легкого: лимфатические узлы – 91% (из них – регионарные – 68%, отдаленные – 32%), печень – 40%, надпочечники – 26%, почки – 24%, в кости – 22%, в противоположное легкое – 13%.

В 68,2% случаев (511 больных) метастатическое поражение выявлено после завершения лечения основного заболевания. У 142 больных (19%) выявлено отдаленное метастатическое поражение не увеличенных лимфатических узлов. У 60 больных (8%) метастазы в печени не имели структурного субстрата. Поражение костной системы выявлено у 165 больных, бластный тип поражения выявлен у 78 больных (47%), литический – у 34 больных (21%), смешанное поражение – у 53 человек (32%). Бластные метастазы в кости были ПЭТ-негативными в 99,6% случаев, в то же время на сцинтиграфии выявлялись в 98,9%.

Выводы. Применение ПЭТ/КТ-исследования необходимо на самых ранних этапах выявления рака легкого для комплексного стадирования заболевания (применение ПЭТ/КТ-исследования на стадии Т1 и Т2 позволяет выявить отдаленные метастатические очаги у трети обследованных больных раком легкого, что приводит к изменению стадии). Бластные изменения костной системы рациональнее оценивать по данным сцинтиграфии.

Здоровый образ жизни – основа профилактики злокачественных новообразований

Каприн А.Д., Александрова Л.М., Старинский В.В.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Москва

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – это поведенческие реакции и деятельность человека, направленные на профилактику болезней и укрепление здоровья. Профилактика – активный метод укрепления и сохранения здоровья, однако существующие подходы в пропаганде основ ЗОЖ в основном направлены на профилактику факторов риска (ФР) развития неинфекционных заболеваний. Ведущими поведенческими ФР являются табакокурение, нерациональное питание, недостаточная физическая активность и пагубное употребление алкоголя. Воздействие на ФР предотвращает до 40% случаев заболевания злокачественными опухолями.

Основным приоритетом ЗОЖ россияне считают соблюдение принципов здорового питания, однако каждый 4-й питается неправильно. Для лиц в возрасте 60 лет и старше правильное питание – основной способ поддержания ЗОЖ.

Гиподинамия – один из основных ФР. В РФ физкультурно-оздоровительной деятельностью занимаются 18% школьников и 21% студентов. С 1995 по 2011 гг. физическая активность в стране снизилась на 18%, к 2030 г. дальнейшее снижение может составить 32%, что сократит продолжительности жизни сегодняшних детей на 5 лет по сравнению с поколением их родителей.

Потребление табака – контролируемая причина смерти. После присоединения к рамочной конвенции ВОЗ (2008 г.) РФ проводит активную антитабачную политику. В итоге число некурящих лиц в возрасте 15 лет и старше увеличилось с 61,8% в 2011 г. до 63,5% в 2014 г.

Потери от алкоголизации населения в РФ составляют 26% от всех смертей, достигая у мужчин 30%, у женщин более 15%. Пик массового приобщения к алкоголю сместился с 16–17 лет в группу 14–15 лет, первые пробы алкоголя, кончающиеся тяжелым опьянением, – в 12 лет.

Федеральным законом № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» установлен приоритет профилактики в сфере охраны здоровья. Политика системы здравоохранения предусматривает развитие таких направлений деятельности, как повышение уровня медицинской информированности и гигиенической грамотности, оптимизация профилактической активности населения. Участие в формировании ЗОЖ – неотъемлемая часть профессиональной деятельности каждого медицинского работника. На ее эффективность влияют профессиональные причины, обусловленные недостатком знаний и навыков по организации работы с населением в результате преимущественной ориентации врачей на лечебную работу и низкая вовлеченностью среднего медперсонала в профилактическую деятельность.

Диагностика и лечение герминативноклеточных опухолей центральной нервной системы у детей Нижегородской области

Карасева Л.Р., Привалова Л.П.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород;
Нижегородская областная детская клиническая больница, Нижний Новгород

Герминативноклеточные опухоли (ГКО) центральной нервной системы у детей являются группой редких новообразований. Они составляют не более 3% всех первичных онкопроцессов мозга. ГКО относят к эмбриональным опухолям с полиморфной клинической картиной, зачастую зависящей от секреции онкомаркеров в крови и ликворе пациента. Основными онкомаркерами ГКО у детей являются альфа-фетопротеин и хорионический гонадотропин, мониторинг которых определяет тактику комплексной терапии. Лечение ГКО у детей сочетает хирургическую коррекцию и химиолучевую терапию. Несмотря на развитие современных операционных методик, в том числе видеоэндоскопических и стереотаксических, проведение конформного облучения и усовершенствование протоколов химиотерапии, результаты лечения детей с ГКО центральной нервной системы остаются несовершенными. Огромное значение на прогноз при данном заболевании имеет возраст пациента,морфологический вариант опухоли, концентрация онкомаркеров, стадия, выраженность неврологического дефицита.

В период с 2005 по 2016 годы (12 лет) на базе онкологического отделения Нижегородской областной детской клинической больницы получали лечение 7 детей с герминативноклеточными опухолями, что составило 1% от всех пациентов с новообразованиями центральной нервной системы и не противоречит сведениям общероссийской статистики. Среди больных было 4 мальчика и 3 девочки. В возрасте до 10 лет новообразования были выявлены у 2 детей, остальные 5 – подросткового возраста. По локализации у 3 пациентов опухоль находилась в пинеальной области, у остальных – в хиазмально-селлярной и супраселлярной зоне. У 3 больных были обнаружены повышенные уровни онкомаркеров крови. В ликворе ни у одного из пациентов альфа-фетопротеина и хорионического гонадотропина не обнаружено. Метастазы по оболочкам головного и спинного мозга отмечены при первичном поступлении у 4 детей. У всех пациентов отмечалась клиника окклюзионной гидроцефалии. Несахарным диабетом страдали 2 ребенка. Один из пациентов (мальчик 6 лет) оперирован в НИИ им. Бурденко (Москва) по поводу обширной зрелой тератомы пинеальной области и 3 желудочка, но в дальнейшем опухоль рецидивировала с озлокачествлением. По результатам комплексной терапии более 2 лет живы 3 детей. У них рецидива нет.

Опыт применения технологии «Cell saver» для реинфузии аутокрови при операциях в абдоминальной онкологии

Каримов А.И., Ройзман А.П., Шадрина Ю.А., Эйдинов А.Г.

Республиканский клинический онкологический диспансер, Уфа

Актуальность темы. Проблема операционной кровопотери крайне актуальна во всех областях хирургии. Расширенные и комбинированные оперативные вмешательства на органах брюшной полости у онкологических больных сопровождаются неизбежной кровопотерей. Увеличению объема кровопотери способствует расширенная лимфодиссекция (В.В.Петрова и соавт., 2001).

Материалы и методы. В данной работе проанализированы результаты работы аппарата CELL SAVER 5 полученных в хирургической клинике ГБУЗ РКОД за период с 2015–2016 г. Аппарат CELL SAVER 5 использовался при различных хирургических вмешательствах у онкологических больных. Показания для его использования являлись: предполагаемая кровопотеря при плановых оперативных вмешательствах более 20% ОЦК и экстренная кровопотеря более 800 мл. При плановых оперативных вмешательствах, CELL SAVER 5 использовался у 60 (77,1%) пациентов. У больных при плановых хирургических вмешательствах с планируемой кровопотерей более 800 мл использование реинфузии проводилось в рамках разработанной в клинике программы периоперационной трансфузионной терапии.

Выводы. Применение аутореинфузии крови (АРК) при массивной кровопотери при онкохирургических операциях в абдоминальной онкологии достоверно ускоряет восстановление гемограммы в раннем послеоперационном периоде. Применение АРК совместно с протоколами коррекции расстройств гемостаза улучшает скорость восстановления тромбоцитарного звена системы гемостаза.

Редкое наблюдение нейроэндокринного рака шейки матки

Карнаухов Н.С., Маслов А.А., Вереникина Е.В., Никитина В.П., Каминский Г.В.

Ростовский научно исследовательский онкологический институт, Ростов-на-Дону

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) – гетерогенная группа новообразований, происходящих из нейроэндокринных клеток. Выделяют НЭО низкой степени злокачественности (карциноидные опухоли) и НЭО высокой степени злокачественности (мелко- и крупноклеточные нейроэндокринные карциномы). Среди наиболее частых локализаций выделяют НЭО желудочно-кишечного тракта (73,7%) и бронхолегочной системы (25,1%). Нейроэндокринные опухоли женских половых органов составляют 0,92%, в шейке матки являются крайне редкой формой

рака и отличаются высокой степенью злокачественности и агрессивным течением заболевания.

Цель исследования: выполнение комплексного морфоиммуногистохимического исследования нейроэндокринного рака шейки матки.

Материалы и методы. Операционный материал, полученный после выполнения хирургического вмешательства по поводу рака шейки матки у женщины 31 года. Иммуногистохимическое исследование операционного материала выполнялось в иммуногистостейнере закрытого тип Bench Mark.

Патоморфологическое исследование шейки матки выявило наличие в ее стенке незрелой солидной опухоли, преимущественно строящей железисто-трабекулярные структуры. Опухолевые солидные пласты локализовались вокруг тонкостенных кровеносных сосудов, окутывая их в виде муфт, в отдельных капиллярах и артериолах имелись опухолевые тромбы. Для дифференциальной диагностики между низко дифференцированным плоскоклеточным раком и нейроэндокринной карциномой было проведено ИГХ-исследование, которое выявило резко выраженную ядерную экспрессию белка Ki-67 в 85% клеток опухоли. ИГХ реакция с хромогранином А, NSE выявили их резкую цитоплазматическую экспрессию. Обнаружение в опухолевых структурах высокой экспрессии белка MMP-3 и VEGF указывало на наличие высокого инвазивного потенциала неоплазии.

Заключение. Проведенное гистологические и иммуногистохимическое исследование рака шейки матки позволило уточнить его гистогенез – крупноклеточная нейроэндокринная карцинома высокой степени злокачественности, с индексом пролиферативной активности Ki-67 80%. Нейроэндокринные гранулы давали позитивную реакцию с антителами к хромогранину А и нейронспецифическое энолазе. Мы полагаем, что в случаях выявления рака шейки матки в молодом возрасте, целесообразно чаще использовать иммуногистохимическое исследование для выявления НЭО.

Параацетабулярные резекции с реконструкцией вертлужной впадины модульным эндопротезом, ранние результаты

Карпенко В.Ю., Державин В.А., Бухаров А.В.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Москва

Цель: обобщение опыта выполнения параацетабулярных резекций с реконструкцией у больных с опухолевым поражением вертлужной впадины.

Материалы и методы: в период с 2011 по 2017 гг. хирургическое лечение в объеме: Параацетабулярной резекции с реконструкцией модульным эндопротезом было выполнено у 20 больных (12 женщин и 8 мужчин). Средний возраст составил 45 лет. У 18 пациентов были первичные опухоли костей (Хондросаркома – 10, Гигантоклеточная опухоль – 5, Остеосаркома – 2, Злокачественная фиброзная гистиоцитома – 1), по одному больному было с Синовиальной саркомой и солитарным метастазом рака почки.

Результаты: средняя продолжительность операции составила 310 мин (180–520), объем интраоперационной кровопотери 3000 мл (900–20 000 мл). Положительный край резекции по результатам планового морфологического исследования выявлен у 3 (15%) больных. Прогрессирование заболевания выявлено у 8 (40%) больных, из них рецидив опухоли был выявлен у 4 (20%) больных. Зав время наблюдения от прогрессирования заболевания умерло 6 (30%) больных. Осложнения диагностированы у 9 (45%) больных, из них инфицирование металлоимпланта было у 3 (15%) и вывих у 2 (10%) пациентов соответственно. Среднее значение функционального результата по шкале MSTS составило 55% (15–82%).

Заключение: применение модульных систем эндопротезирования вертлужной впадины и тазобедренного сустава при опухолевом поражении, является перспективной хирургической методикой, и не смотря на достаточное количество послеоперационных осложнений позволяет добиться адекватных функциональнальных результатов.

Хирургическое лечение компрессионного синдрома при метастатическом поражении позвоночника пациентов с раком молочной железы

Карпенко В.Ю., Державин В.А., Бухаров А.В., Илуридзе Г.Д.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Москва

Актуальность. Разработка современных медицинских технологий позволило расширить показания к хирургическому лечению пациентов с раком молочной железы что, непосредственно помогает добиться улучшения качества жизни, значительно сократить сроки реабилитации и продолжать проведение специализированного противоопухолевого лечения пациентам с вторичными изменениями позвоночника.

Цель. Улучшить качество жизни пациентов с метастазами в позвоночник.

Материалы и методы. За период с 2008 по 2017 год по поводу компрессионного синдрома в следствие метастатического поражения позвоночника рака молочной железы, декомпрессивно-стабилизирующие операции были выполнены 71 пациентке. Болевой синдром, в следствие компрессии элементов спинного мозга был у большинства – 67 (95%) пациенток. На дооперационном периоде неврологический дефицит различной степени тяжести был диагностирован у 55 (78%) пациенток, а у 2(3%) больных была нижняя параплегия в течение месяца. Операции у данной группы больных были в вы-

полнены в объеме декомпрессивной ляминэктомии с стабилизацией.

Результаты. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не наблюдалось. После операций все пациентки активизированы на 2 сутки. У 55 (78%) пациенток был диагностирован полный регресс неврологического дефицита. У 67 (95%) пациенток был полностью купирован болевой синдром. 69 (97%) пациенток отметили улучшение качества жизни в п/о периоде. У 2(3%) пациенток картина неврологического статуса не изменилась в виду позднего обращения в специализированное учреждение.

Выводы. Компрессионный синдром при метастатическом поражении позвоночника является показанием к проведению хирургического лечения, которое позволяет улучшить качество жизни пациентов, их функциональный статус, купировать болевой синдром и клинику неврологического дефицита и не препятствует срокам проведения основного противоопухолевого лечения.

Реконструктивно-пластические операции при десмоидных фибромах туловища и конечностей

Карпенко В.Ю., Новикова О.В., Ядрина А.В., Бухаров А.В., Державин В.А.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Москва

Десмоидные фибромы (ДФ) – мезенхимальные опухоли мягких тканей, состоящие из дифференцированных фибробластов и избыточного количества коллагеновых волокон. ДФ не обладают способностью к метастазированию, но отличаются высокой частотой местных рецидивов. По локализации выделяют абдоминальные, интраабдоминальные, экстраабдоминальные и мультифокальные опухоли. Экстраабдоминальные ДФ составляют 68%.

Цель. Целью настоящего исследования являлась оценка результатов хирургического лечения ДФ туловища и конечностей с использованием реконструктивно-пластических операций (РПО).

Материалы и методы. В исследование включено 45 пациентов с диагнозом ДФ, которым в период с 2006 по 2013 год выполнены РПО. Среди них 15 (38%) мужчин и 30 (62%) женщин в возрасте от 14 лет до 71 года (медиана – 38 лет). По локализации преобладали опухоли туловища (у 62%), далее по частоте следовали ДФ плечевого пояса (15%), ягодичной области (9%) и нижней конечности (9%). Среди 45 пациентов 26 чел. (58%) обратились впервые и 19 чел. (42%) по поводу рецидивов ДФ. В 55% оперативных вмешательств выполнена пластика местными тканями. У 45% пациентов использовали локальные ротационные лоскуты: торакодорзальный лоскут и прямая мышца живота (3 пациента), широчайшая мышца спины, передняя зубчатая, большая грудная и большая ягодичная мышца (по 1 больному). В одном случае использовали свободный васкуляризированный сальниковый лоскут. У 9 пациентов для реконструкции применяли дополнительные синтетические материалы.

Результаты. Осложнения возникли в 6 случаях (11%): гематомы – 2 чел., свищи – 2, краевой некроз лоскута – 1, атония мочевого пузыря – 1. При плановой морфологии у 27 (60%) больных операции выполнены в объеме R0 и у 18 (40%) – R1. Период наблюдения составил от 3 до 85 месяцев (медиана 34 мес). Рецидивы ДФ возникли у 5 (11%) пациентов, медиана времени до прогрессирования составила 12 мес.

Выводы. Использование реконструктивно-пластических операций в лечении ДФ туловища и конечностей позволяет добиться хороших функциональных и анатомических результатов при относительно невысокой частоте рецидивов. Положительный край резекции не всегда сопровождается развитием рецидива, что обуславливает возможность планирования хирургического лечения с учетом последующего качества жизни больных.

Адъювантное системное лечение рака молочной железы T1-2N0M0: 20-летние результаты

Карпов А.В., Портной С.М., Карасева В.В., Хайленко В.А., Иванов С.М., Лактионов К.П.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Актуальность. Уже на «ранних» стадиях рака молочной железы (РМЖ) возможно наличие отдаленных микрометастазов. Результаты применения системной терапии (гормонотерапии (ГТ) или химиотерапии (ХТ)) при длительном сроке наблюдения могут оказать существенное влияние на выбор оптимального объема лечения данной категории больных.

Цель. Изучение влияния адъювантной системной терапии (АТ) при РМЖ T1-2N0M0 стадий на общую (ОВ) и безрецидивную выживаемость (БРВ).

Материалы и методы. Включены 53 пациентки с диагнозом РМЖ T1-2N0M0 ст., проходившие лечение с 1989 по 1993 гг. в РОНЦ РАМН им Н.Н.Блохина. Уровень рецепторов эстрогена (РЭ) и прогестерона (РП) определялся биохимически (Her2/neu, Ki67 не определялись). Проведение органосохраняющего лечение сопровождалось лучевой терапией. Пациенты разделены на 3 группы: 1) 28 больных репродуктивного периода (26–51 лет) с любым уровнем РЭ и РП, подгруппы: А) без адъювантной системной терапии, Б) ХТ (CMF либо тиофосфамид). 2) 21 пациентка (50–78 лет) в постменопаузе, с РЭ+ или РП+, подгруппы: А) без адъювантной системной терапии, Б) ХТ тиофосфамидом либо ХТ тиофосфамид + ГТ либо ГТ. 3) 4 пациентки (60–68 лет) в постменопаузе, с РЭ-, РП-, адъювантная терапия не проведена. В рамках 1 и 2 группы АТ определялась методом рандомизации.

Результаты. В 1 группе при анализе ОВ после 20-летнего наблюдения составила 80% в подгруппе Б против 35,71% в А (p = 0,024). Медиана ОВ 191 мес. в подгруппе А и не достигнута в Б. 20-летняя БРВ составила 27,78%

в подгруппе А против 73,33% в Б (p = 0,091). Медиана БРВ в подгруппе А – 66,5 мес, в подгруппе Б не достигнута. Во 2 группе 20-летняя ОВ составила 26,67% в подгруппе А и 58,59% в Б, p = 0,388. 20-летняя БРВ в подгруппе А составила 26,67 против 58,89% в Б (p = 0,403). 3 группа: все 4 пациентки умерли от прогрессирования РМЖ в интервале от 7,6 до 64,3 мес от начала лечения.

Выводы. Учитывая полученные данные, можно предположить, что АТ «раннего» РМЖ (T1-2N0M0) как у больных репродуктивного возраста, так и у больных, находящихся в постменопаузе позволяет добиться преимущества в ОВ и БРВ больных в долгосрочной перспективе (более 240 месяцев). Группу больных в постменопаузе с РЭ-, РП – следует относить к группе высокого риска прогрессирования и смерти от РМЖ даже на ранних стадиях. Этим больным необходимо проведение дополнительного системного лечения, которое может увеличить показатели как ОВ так и БРВ.

Снижение частоты местных рецидивов при выполнении орагносохраняющих операций у больных раком молочной железы T1-3N0M0 с помощью систематического контроля всех краев резекции

Карпов А.В., Портной С.М., Карасева В.В., Хайленко В.А., Иванов С.М., Лактионов К.П., Шакирова Н.М., Анурова О.А., Козлов Н.А.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Актуальность. Органосохраняющие операции (ОСО) при раке молочной железы (РМЖ) вошли в арсенал хирургов-онкологов с 1970 х годов. Техника выполнения таких операций и критерии их радикальности постоянно совершенствуются. Одним из перспективных вариантов повышения радикализма подобных операций может являться применение систематического контроля всех краев резецированного сектора, включающего опухоль.

Цель. Оценить влияние систематического контроля всех краев резекции (СКВКР) сектора молочной железы на наличие элементов опухоли, как при срочном, так и при плановом гистологическом исследовании, на частоту местных рецидивов при ОСО больных РМЖ.

Материалы и методы. Проведено сравнение 2 групп больных, которым выполнены ОСО по поводу РМЖ T1-3N0M0 ст. в РОНЦ РАМН им Н.Н.Блохина. Первая группа – больные, проходившие лечение в 1989–1991 гг., которым СКВКР сектора молочной железы не производился. Вторая группа – больные, проходившие лечение в 2003–2009 гг., с СКВКР удаленного сектора. При выявлении элементов опухоли в одном или нескольких краях резекции (по результатам срочного или планового гистологического исследования) этой группе больных была выполнена либо перезекция (так же с последующим контролем краев) либо радикальная мастэктомия. Всем больным была проведена подмышечная лимфаденэктомия (I-III уровней по Бергу). Всем пациентам, которым удалось выполнить ОСО, лечение было дополнено проведением ЛТ.

Результаты. Первую группу составили 34 пациентки в возрасте от 27 до 67 лет. Медиана наблюдения в 1 группе составила 140 мес. (11,6 лет). За время наблюдения местный рецидив выявлен у 4 больных (11,8%) через 53, 59, 84 и 257 мес. Что составило частоту местных рецидивов 0,98% в год. Вторую группу составили 84 пациентки в возрасте от 28 до 73 лет. Медиана наблюдения во 2 группе составила 83,3 мес. (6,94 лет). За время наблюдения местный рецидив выявлен у 3 больных (3,6%) через 42, 43 и 50 мес. В этой группе частота местного рецидива 0,52% в год.

Выводы. Полученные данные позволяют предположить, что проведение систематического гистологического контроля всех краев резекции удаленного сектора молочной железы позволяет значительно снизить частоту развития местных рецидивов при выборе ОСО в качестве хирургического этапа лечения РМЖ.

Выбор метода лучевого лечения локализованного рака предстательной железы

Киприянов Е.А., Важенин И.А., Давыдова О.Н., Карнаух П.А., Важенин А.В.

Челябинский окружной клинический диспансер, Челябинск;
Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Челябинск

Проанализированы результаты лечение 218 пациентов после брахитерапии I-125 (первая группа), 110 после конформной ДЛТ (вторая группа), 102 пациента (третья группа) после стереотаксической лучевой терапии. Большинство опухолей представлено высокодифференцированной аденокарциномой предстательной железы. Средний возраст больных: 66,3 ± 7,2; 72 ± 3,4, 67 ± 1,5. Брахитерапия I-125 до СОД = 145–150, конформная ДЛТ в традиционном режиме СОД = 72 Гр: CyberKnife в режиме гипофракционирования СОД = 35 Гр. Осложнений во время операций не отмечено. После конформной лучевой терапии: цистит 1 ст у 50% пациентов, ректит 1 ст 10,4%. После радиотерапии – цистит 1 ст. 6,25%, ректит 1 ст 1,56%. Ближайшие результаты оценивались: изменение уровня ПСА, объема простаты, количества остаточной мочи, IPSS. До лечения: уровень ПСА 12; 18 и 10 нг/мл. Через три мес. уровень ПСА снизился до 2,1; 6; 4,3 нг/мл, через шесть и девять месяцев уровень составлял 0–4 нг/мл, через двенадцать мес ПСА от 0 до 1 нг/мл (за исключением пациентов с выявленным ПСА-рецидивом). До лечения объем простаты: 30см^3, 50см^3, 45 см^3 в группах. Через три и шесть мес не отмечено динамики в изменении объема, через двенадцать мес. снизился на 10–20%. До лечения объем остаточной мочи до 20 мл в первой группе, во второй третьей группах объем 20–50 мл. Через три месяца в среднем 40–50 мл, через шесть и девять мес количество

остаточной мочи не уменьшилось, через двенадцать месяцев количество остаточной мочи снизилось до 10–20 мл. Уровень IPSS до лечения составлял 8б в первой группе, 14; 10б во второй и третье группе. Через три месяца умеренная симптоматика (12–18 баллов), через шесть, девять мес 10–12б, через двенадцать мес у 100% слабо- и умеренно выраженная симптоматика в первой группе, у 82% пациентов после ДЛТ, у 100% пациентов после радиотерапии. Безрецидивная одногодичная выживаемость в группах 93, 94 и 100%. Трехлетняя безрецидивная выживаемость составила 82,3; 80,6; 89,2%. Общая и онкоспецифическая одногодичная выживаемость 100% во всех группах. Трехлетняя онкоспецифическая выживаемость в группах составила – 97,8, 94,6, 100%

К вопросу об индивидуализации тактики комбинированного лечения, распространенного кардиоэзофагеального рака

Киршин А.А., Порываев Г.А., Шиляев Д.В., Тарасов Р.А., Ившин В.А., Хлынов Ф.А., Квасов С.Г.

Республиканский клинический онкологический диспансер им. С.Г.Примушко Минздрава Удмуртской Республики, Ижевск

В последние годы повсеместно наблюдается рост частоты аденокарциномы пищеводно-желудочного перехода. Основным методом лечения кардиоэзофагеального рака (КЭР), который позволяет добиться излечения больного, является хирургический. Однако с учетом высокого удельного веса больных с распространенными формами КЭР, хирургический метод лечения не позволяет добиться значимого улучшения результатов. Современным направлением комбинированной терапии распространенного рака желудка и КЭР является таргетная терапия трастузумабом, что связано с высокой частотой экспрессии HER-2/neu. В связи с чем, интересно наше клиническое наблюдение. Больная С., 33 г., получала лечение в ЛПУ по месту жительства с диагнозом язвенная болезнь желудка, анамнез заболевания 3–4 месяца. При дообследовании диагностирован рак желудка, направлена в БУЗ РКОД им. С.Г.Примушко МЗ УР, где на основании данных фиброгастроскопии и морфологического исследования, компьютерной томографии органов грудной клетки и брюшной полости с внутривенным контрастированием был выставлен диагноз: КЭР, III тип по Siewert, cT4bN2M1 (HEP), IV стадия. ИГХ исследование выявило экспрессию HER-2 (+++). Проведено 6 курсов ХТ по схеме HER-PF. По данным КТ и ФГС наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения первичной опухоли, отмечена регрессия метастазов в печени (с множественных, размерами до 2 см до солитарного в левой доле размером 7 мм). Было решено оперировать пациентку. Выполнена 13.03.2017 г. операция: лапаротомия, ревизия, атипичная резекция левой доли печени, спленопанкреатогастрэктомия, адреналэктомия слева, резекция нижней трети пищевода, эзофагоэнтероанастомоз по Давыдову, межкишечное соустье, D2, дренирование брюшной и обеих плевральных полостей. Выписана на 10 сутки без осложнений. Окончательное патоморфологическое заключение: лечебный патоморфоз I степени (цитоморфологически) аденокарциномы с определяемой инвазией всех оболочек желудка и ткани поджелудочной железы, с метастазом в отдельно присланном образце печени и в 1 из 8 лимфоузлов малого сальника. По линиям резекции, в ткани селезенки и надпочечника, в лимфоузлах большого сальника (8) метастазов не выявлено. Запланировано продолжение лекарственного лечения и динамическое наблюдение. Таким образом, данный клинический случай демонстрирует необходимость определения HER-2 статуса у больных метастатическим раком желудка и кардиоэзофагеального перехода.

Применение мононоклональных антител-блокаторов EGFR при метастатическом колоректальном раке (МКРР)

Кит О.И., Владимирова Л.Ю., Абрамова Н.А., Сторожакова А.Э., Попова И.Л., Тихановская Н.М., Рядинская Л.А., Агиева А.А., Ежова М.О.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Проведен анализ эффективности применения мононоклональных антител – блокаторов EGFR при мКРР в зависимости от исходной резектабельности метастазов и линии противоопухолевой терапии.

Оценены объективный эффект (ОЭ), выживаемость без прогрессирования (ВБП), общая выживаемость (ОВ) у 87 пациентов с мКРР (аденокарцинома G2/G3) с диким типом RAS. Панитумумаб или Цетуксимаб в стандартных дозировках назначались в сочетании со стандартными схемами химиотерапии.

В группу А (группы ESMO 1 и 2, резектабельные и условно резектабельные метастазы) вошли 53 пациента, 39.6% (21) – с поражением печени, 33.9% (18) – легких, 26.4% (14) – 2 зоны поражения. Блокаторы EGFR назначались в 1 линии – 77,4% (41), во 2 – 9,5% (5), в 3 – 15,1% (8). После лекарственной терапии у 73,5% (39) больных метастазы были резектабельны. 59,0% (23) выполнены резекции R0/R1, у 41,0% (16) – не оперированы. Медианы ОВ в после циторедуктивных вмешательств и без них составили 18,7 ± 2,3 и 13,4 ± 1,6 (p = 0,048).

Группу В (группа ESMO 3, нерезектабельные метастазы) составили 34 пациента, 5,9% (2) с поражением печени, 5,9% (2) – легких, 38,2% (13) – 2 зоны поражения, 50,0% (17) м 3 и более. Блокаторы EGFR назначались в 1 линии в 44,1% (15) случаев, во 2 – 14,7% (5), в 3 – 23,5% (8), в 4 – в 17,6% (6). ОЭ в группе В – составил 40,1% (14), контроль над опухолью – 79,4% (27), медиана ВБП – 6,1 ± 1,4 мес. 13 пациентов получали блокаторы EGFR в 2 последовательных линиях терапии со сменой цитостатиков после прогрессирования, выявлено достовер-

ное увеличение медианы ОВ с 13,4 ± 4,3 до 25,8 ± 4,9 мес (p = 0,044). Достоверных различий в частоте ОО и ВБП в зависимости от линии терапии в группах А и В не выявлено.

Применение блокаторов EGFR приводило к удовлетворительному контролю над опухолью как на ранних, так и на более поздних этапах лечения мКРР с диким типом RAS. Выполнение циторедуктивных вмешательств после противоопухолевой терапии с блокаторами EGFR достоверно повышало показатели ОВ у пациентов с исходно резектабельными и условно резектабельными метастазами. Продолжение терапии блокаторами EGFR со сменой цитостатиков после прогрессирования достоверно повышало показатели ОВ у пациентов с исходно нерезектабельными метастазами.

Особенности мутаций гена KRAS при распространенном колоректальном раке

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Водолажский Д.И., Шуликов П.Б., Полуэктов С.И.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Актуальность. Достижения фундаментальной онкологии определили молекулярные мишени для таргетной терапии при колоректальном раке, однако результаты исследований, посвященных влиянию мутаций гена KRAS на биологические особенности колоректальной опухоли противоречивы.

Цель работы. Изучить мутации гена KRAS и их влияние на клинико-морфологические особенности распространенного колоректального рака.

Материалы и методы. Данные о 175 больных колоректальным раком T2-4N0-2M0-1, среди них 96 (54,9%) женщин. Средний возраст – 61,5 лет. Гистологически опухоли были аденокарциномами. Больным выполнены оперативные вмешательства. Из образцов тканей опухолей производили экстракцию ДНК. При помощи набора реагентов «Real-Time-PCR-KRAS-7M» («Биолинк», Россия) проводили определение 7 SNP-мутаций в 12 и 13 кодонах гена KRAS с использованием термоциклера Bio-Rad CFX96 (Bio-Rad, США).

Результаты. Частота мутаций гена KRAS составила 37,1%, преимущественно в G12D (27,8%), G13D (23,1%) и G12V (21,5%) кодонах, при локализации опухоли в сигмовидной – 18 (45%), прямой – 31 (39,2%) и правой половине ободочной кишки – 12 (38,7%), при низкой степени дифференцировки (18 (46,2%) больных) (p < 0,05). Мутации в 12 и 13 кодонах способствуют увеличению первично-генерализованных форм (43 (66,1%) больных) (p < 0,05). При мутации G13D опухоль чаще локализуется в правой половине ободочной кишки (60% больных), при других мутациях – в прямой и сигмовидной кишке (от 77,8% до 100%) (p < 0,05). Мутация G12V увеличивает частоту метастазов в регионарные лимфоузлы – 12 (85,7%) (p < 0,05). При мутациях G12V, G12R и G12S увеличивается число первично-генерализованных форм колоректального рака – 71,4–80% по сравнению с мутациями в G12D и G13D – 53,3–61,1% (p < 0,05). При мутации G12S отдаленные метастазы выявлялись преимущественно в легких (3 (75%) больных), а при других – в печени (от 54 до 100%) (p < 0,05).

Заключение. Выявленные закономерности позволяют определить возможное биологическое поведение колоректальной опухоли на основе оценки предикторных факторов (состояние гена KRAS) и создают возможность персонализированного подхода к терапии и мониторингу больных.

Клинико-морфологические особенности первично-множественного колоректального рака

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Милакин А.Г., Ильченко С.А., Харагезов Д.А.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Актуальность. В настоящее время актуальным является изучение клинических и онкобиологических аспектов феномена первичной множественности опухолей.

Цель исследования: изучить некоторые особенности первично-множественного колоректального рака.

Материалы и методы. Из 2497 больных колоректальным раком T1-4N0-2M0-1, подвергшихся оперативному лечению в клинике ФГБУ «РНИОИ» МЗ РФ за последние 5 лет, случаи первично-множественного рака составили 6,01% (150 пациентов), которые и послужили объектом исследования. Проведен анализ клинических, морфологических особенностей опухолей.

Результаты. Первично-множественный колоректальный рак с локализацией опухолей только в кишке составил половину (53,33%) от всего первично-множественного рака. В этой группе преобладал синхронный рак (63,75%) с локализацией опухоли в сигмовидной (62,75%) и прямой кишке (56,86%). При метахронном раке интервал между первой и последующей колоректальной опухолью у женщин был в 2 раза больше, чем у мужчин (8,31 и 4,46 года соответственно). Метахронные опухоли у женщин преимущественно локализовались в правой половине ободочной кишки (56,25%) и прямой кишке (50%). У мужчин – в прямой и сигмовидной кишке (по 53,85%). Если колоректальный рак выявлялся одновременно с опухолями других органов, то средний возраст больных (67,08 лет) был на 4,22 года больше, чем при выявлении синхронного колоректального рака, а женщины при выявлении опухолей на 7 лет моложе мужчин. Синхронные колоректальные опухоли у женщин чаще сочетались с раком молочной железы, у мужчин – с раком почки. Метахронная колоректальная опухоль у мужчин выявлялась в среднем через 4,4 года, чаще после лечения рака желудка (55,0%). У женщин колоректальная опухоль выявлялась через 5,67 лет, преимущественно после лечения опухолей гениталий (79,17%). Все первично-множественные колоректальные опухоли представлены

в основном местно-распространенными G2 аденокарциномами.

Заключение. Выявленные особенности первично-множественных колоректальных опухолей можно учитывать в программах как первичной диагностики, так и диспансерного наблюдения после лечения больных со злокачественными опухолями.

Трансанальная эндоскопическая хирургия в лечении опухолей прямой кишки

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Харагезов Д.А., Каймакчи Д.О., Донцов В.А.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Актуальность. Приоритеты современной онкологии в разработке органосохраняющих методов лечения привели к появлению метода трансанальной эндоскопической хирургии, позволяющего малотравматично, но радикально удалять новообразования прямой кишки.

Цель работы. Оценить результаты трансанального эндоскопического удаления опухолей прямой кишки.

Материалы и методы. Методом трансанальной эндоскопической хирургии с 2012 года прооперировано 46 больных по поводу аденом и начальных форм рака прямой кишки. Больные находились в возрасте от 43 до 64 лет. Опухоли располагались на расстоянии от 3 до 13 см от зубчатой линии, их размер был от 1,2 до 5 см, у 85% опухолей было широкое основание. Полностенному удалению подвергались полипы прямой кишки (65%), удаление опухоли вместе с подлежащей мезоректальной клетчаткой осуществлялось при полипах с признаками малигнизации, начальном раке прямой кишки (35%). Послеоперационное патоморфологическое исследование у 15% больных в аденомах прямой кишки выявило участки аденокарциномы *in situ.* У больных начальными формами рака прямой кишки, гистологически уточнена глубина распространения и степень зрелости опухоли, у 85% больных она соответствовала pT1G1-2, у 15% – pT2G1-2.

Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 3 больных (6,5%). В 2 случаях возникла фебрильная температурная реакция, в 1 – наблюдалось кишечное кровотечение, остановленное консервативными мероприятиями. Больные находятся под наблюдением от 3 месяцев до 2 лет. За время наблюдения рецидив опухоли прямой кишки выявлен у 2 больных (4,3%) через 10–14 месяцев после операции. У большинства больных трансанальное эндохирургическое вмешательство на прямой кишке не оказало существенного влияния на функцию прямой кишки. У 2 больных (4,3%) в течение 2 месяцев после оперативного вмешательства отмечалось недержание газов, жидкого стула.

Заключение. Описанные возможности позволяют рекомендовать данный метод к широкому внедрению в хирургическую практику. На основании полученных результатов можно заключить, что трансанальное эндоскопическое удаление опухолей вполне может стать методом выбора у больных с начальными формами рака прямой кишки.

Малоинвазивные рентгенохирургические вмешательства при механической желтухе опухолевого генеза

Кит О.И., Колесников Е.Н., Мезенцев С.С., Снежко А.В., Черняк М.Н.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Цель. Систематизировать опыт миниинвазивных операций желчеотведения при механической желтухе с целью минимизации осложнений и совершенствования тактики ведения этих больных.

Материал и методы. Выполнена 1271 антеградная операция желчеотведения. Наружная чрескожная чреспеченочная холангиостомия у 977 и стентирование желчных протоков у 294 пациентов. У 284 (96,6%) больных стентирование желчных протоков – второй этап лечения, у 10-и выполнена одномоментно. В 94,6% случаев (у 924 больных) чрескожная холангиостомия выполнялась по поводу злокачественных опухолей. Из них – 667 (72,2%) опухоль периампулярной зоны, 112 (12,1%) рак печени и проксимальных желчных протоков, у 135 (14,6%) – прогрессирование злокачественных новообразований других локализаций. У 745 (76,3%) больных чрескожная холангиостомия выполнялась на первом этапе лечения. В последующем у 216 больных выполнены гастропанкреатодуоденальные резекции, у 235 – обходные анастомозы. При стентировании желчных протоков 171 (58,2%) – были опухоли периампулярной зоны, в 17 (5,8%) случаях – рак печени и проксимальных желчных протоков, другие локализации у 34 (11,6%) больных.

Результаты. Успешно выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия у 997 больных. Осложнения развились у 7 (0,7%) пациентов, из них связанных непосредственно с манипуляцией – 4. Лапаротомия потребовалась у 2 пациентов. У 3 больных развилось желудочно-кишечное кровотечение. У 2 из них кровотечение остановлено консервативно, 1 пациент умер. Осложнения при стентировании желчных протоков отмечены у 26 (8,8%) больных. Острый панкреатит у 15. У 10 отмечены признаки печеночной недостаточности. Умер 1 от желудочно-кишечного кровотечения. Общая послеоперационная летальность после чрескожных желчеотведений составила 0,16%.

Заключение. Использование чрескожных чреспеченочных способов билиарной декомпрессии сопровождается сравнительно невысоким уровнем осложнений и летальности. Это связано, в том числе, с совершенствованием специального инструментария и применением новых материалов для эндобилиарных катетеров и стентов. Для более эффективного использования таких высокотехнологичных материалов и инструментов требуется определенная коррекция и оптимизация тактических подходов и схем лечения на основе анализа накопленного опыта.

Подходы к лечению местно-распространенного рака шейки матки

Ковалец Л.В., Доможирова А.С., Ивахно М.Н.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) женского населения России рак шейки матки (РШМ) занимает 6 место (5,2%). В Челябинской области – 2 место среди гинекологических раков, а заболеваемость в 2015 г. составила 23,36%. Социальную значимость имеет рост заболеваемости РШМ в группе женщин трудоспособного возраста. Несмотря на визуальную доступность локализации, активное внедрение цитологического скрининга, значимого снижения частоты выявления местно-распространенных форм РШМ не наблюдается.

Единых стандартов лечения местно-распространенных форм РШМ в России не разработано. На современном этапе основным методом лечения остается лучевая и/или химиолучевая терапия. Целесообразность проведения химиотерапии в лечении данного заболевания сегодня уже не является предметом дискуссий. Эффективное применение лучевой терапии (ЛТ) обусловлено прецизионным воздействием на опухоль шейки матки. Традиционная методика конвенциональной лучевой терапии предусматривает необходимость сочетанного воздействия дистанционного и внутриполостного компонентов – сочетанная лучевая терапия (СЛТ). 1 этап СЛТ – дистанционная гамма терапия (ДГТ) на область первичного очага и регионарные лимфоузлы до СОД в т В 16-20 Гр, 2 этап – чередование сеансов ДГТ (облучение латеральных отделов параметральной клетчатки и лимфатических узлов) до СОД в тВ 40–50 Гр с сеансами ВПГТ до СОД в т А от полного курса сочетанной терапии 85–95 Гр. Однако использование такой модели лучевой терапии, в комплексе с химиотерапией, к снижению показателей смертности от местно-распространенного РШМ не привело. Показатель смертности в Челябинской области в 2015 г. – 5,2%. Данная проблема может быть решена, путем разработки и внедрения в клиническую практику новых схем реализации ЛТ с использованием конформного, IMRT, IGRT облучения, изменением режимов фракционирования доз излучения и т.д. Что послужит гарантией эффективности ЛТ местно-распространенных форм РШМ, приведет к снижению частоты и выраженности лучевых осложнений.

Повторные операции при асептической нестабильности эндопротеза у больных с опухолями дистального отдела бедренной кости

Кожевников А.Б., Расулов Р.И., Борисенко Е.Г., Зарубин С.С., Аникин Н.Ю., Петров В.В.

Иркутский областной онкологичесчкий диспансер, Иркутск;
Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Актуальность. При опухолях дистального отдела бедренной кости основным методом лечения является хирургический. Существуют различные варианты реконструкции бедренной кости после ее резекции. Однако в настоящее время наиболее часто используют эндопротезирование. Асептическая нестабильность эндопротеза является слабым местом данной реконструкции. Нет четких рекомендаций по ведению данного осложнения.

Цель работы: изучить ближайшие результаты повторных операций по поводу асептической нестабильности эндопротеза.

Материалы и методы. За период 2011–2017 г.г. в Иркутском областном онкологическом диспансере находилось на лечении 11 пациентов с асептической нестабильностью эндопротеза (ранее оперированные по поводу опухолей дистального отдела бедренной кости). Из них мужчин было 5 (45,5%), женщин – 6 (54,5%). Средний возраст пациентов составил 61 ± 3,1 лет. В 3 (27,3%) наблюдениях выполнено реэндопротезирование, в 2 (18,2%) – артродез металлоконструкциями, в 5 (45,4%) – пластика свободным кровоснабжаемым малоберцовым трансплантатом и в 1 (9,1%) – пластика несвободным кровоснабжаемым малоберцовым трансплантатом.

Результаты. В 7 (63,6%) наблюдениях после повторных операций по поводу асептической нестабильности эндопротеза возникли осложнения. Из них инфекционный процесс в месте операции после реэндопротезирования в 3 (100%), после артродеза металлоконструкциями – в 2 (100%) наблюдениях. В 2 (40,0%) наблюдениях после пластикисвободным кровоснабжаемым малоберцовым трансплантатом произошел тромбоз сосудистого анастомоза с последующим лизисом трансплантата.

Выводы. Повторное эндопротезирование, использование металлоконструкций при асептической нестабильности эндопротеза во всех наблюдениях приводит к развитию инфекционного процесса в месте операции. Применение кровоснабжаемого малоберцового трансплантата позволяет предупредить данный вид осложнения. Из кровоснабжаемых малоберцовых трансплантатов более выгоден несвободный, так как не требует использования микрососудистой техники и исключает тромбоз в месте сосудистого шва.

К вопросу о ранних лучевых реакциях у больных раком предстательной железы

Козина Ю.В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, Красноярск

Известно, что лучевая терапия больных раком предстательной железы сопряжена с высоким риском развития лучевых повреждений, оказывающих негативное влияние на качество лечения и его конечный итог.

Цель: оценка развития ранних лучевых реакций у больных раком простаты при конформном и конвенциональном видах облучения.

Материал и методы. Проанализированы результаты радикального курса ЛТ у 1028 больных раком предстательной железы (T2-3N0M0), проведенной в период 2011–2016 гг. 3D-конформную лучевую терапию получили 410 больных (39,9%), составивших основную группу наблюдения. В группу сравнения вошли 618 пациентов (60,1%), подвергшихся проведению традиционной конвенциональной γ-терапии. Лечение больных основной группы осуществляли на ЛУЭ Unique, TrueBeamSTx при помощи системы позиционирования Exac-Trac при РД 2Гр, СД 72-76 Гр. Пациенты группы сравнения получали лечение на γ-установках Рокус-АМ, TERABALT, ЛУЭ Clinac-600C при РД 2Гр, СД 68-70 Гр.

Для статистической обработки результатов использовали пакет программ Statistica 7.0.

Результаты. Среди всех пролеченных больных ранние местные лучевые реакции развились у 825 человек (80,3%), что соответствует среднестатистическим данным по РФ. При 2D-планировании лучевые проявления встречались в 95,1% случаев, при 3D-конформной лучевой терапии в 57,8% случаев ($p < 0,01$). В соответствии с классификацией RTOG, более чем у половины больных (57,6%) после проведения курса дистанционной γ-терапии были отмечены радиационные повреждения 2-й степени выраженности, в 1,5 раза реже повреждения 1-й степени (38,5%), и у 3,9% пациентов – 3-ей степени.

При этом в основной группе наблюдения преобладали реакции 1 степени – 53,2%, в группе сравнения максимум приходился на реакции 2 степени выраженности – 62,4%.

Известно, что использование 3D-конформной лучевой терапии является более предпочтительным, так как предполагает существенное ограничение облучения здоровых тканей. По нашим данным применение 3D-планирования способствовало уменьшению количества лучевых осложнений 3-й степени в 4 раза (1,2 и 5,0%), 2-й степени – в 1,4 раза (45,6 и 62,4%) на фоне возрастания в 1,6 раза числа реакций слабой выраженности (53,2 и 32,6%) в сравнение с 2D-планированием ($p < 0,05$).

Таким образом, использование 3D-конформной лучевой терапии при лечении рака предстательной железы приводит к снижению частоты и степени выраженности ранних лучевых реакций.

Современные возможности дифференциальной неинвазивной диагностики новообразований кожи

Козлов С.В., Захаров В.П., Каганов О.И., Морятов А.А., Братченко И.А., Артемьев Д.Н.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Злокачественные новообразования кожи остаются лидерами в структуре и динамике роста онкологической заболеваемости, при этом от меланомы кожи, погибает более 90% всех заболевших опухолями кожи.

Цель: снизить смертность от меланомы кожи за счет повышения показатели ранней диагностики и новых подходов уточняющей диагностики.

После изучения существующих методов диагностики было решено изучить диагностические возможности гиперспектрального анализа изображения (ГВ) и спектроскопии комбинационного рассеяния (СКР). Для разработка собственной методики был проведен экспериментальный этап – анализ образцов тканей опухолей человека, полученных после хирургического лечения, далее исследование новообразований у пациентов непосредственно перед хирургическим лечением. Работу выполняли путем регистрации отраженного от изучаемой поверхности кожи пучка мало интенсивно лазерного излучения видимого диапазона (СКР) и регистрации изображения камерой ГВ. Анализ изображения проходит автоматически по заранее разработанному алгоритму. Таким образом, был разработан и предложен новый способ неинвазивной дифференциальной диагностики новообразований кожи. После анализа результатов исследования в котором приняли участие 212 пациентов с различными опухолями (меланома и рак кожи, доброкачественные новообразования) получены показатели чувствительности и специфичности метода СКР до 95 и 92%; ГВ с компьютерным анализом изображения также показала потенциальные возможности в активной и дифференциальной диагностики в том числе пигментных новообразований. Предложенные методы диагностики отличаются безопасностью, не требуют инвазивных вмешательств, лишены субъективных критериев и показывают высокие разрешающие способности.

Список литературы:

1. Каприн Д.В., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению в 2015 году. М, 2016
2. Zakharov V.P., Bratchenko I.A., Kozlov S.V., Moryatov A.A., et al. Two-step raman spectroscopy method for tumor diagnosis В сборнике: Proceedings of SPIE – The International Society for Optical Engineering Сер. «Biophotonics: Photonic Solutions for Better Health Care IV» 2014 С. 91293V.

Метод автофлуоресцентной диагностики новообразований кожи в ближней инфракрасной области

Козлов С.В., Захаров В.П., Каганов О.И., Морятов А.А., Орлов А.Е., Борисов А.П., Братченко И.А., Артемьев Д.Н., Андреева А.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Новообразования кожи остаются одной из самых актуальных проблем в онкологии, высокая заболеваемость, трудности дифференциальной диагностики попрежнему определяют существенные показатели смертности от меланомы кожи. Существующие методы неинвазивной диагностики связаны с использованием сложной аппаратуры или субъективного опыта врачей-специалистов и делают их недоступными для массового применения. Целью исследования было изучение эффективности анализа флуоресценции биологической ткани (АФ) в ближнем инфракрасном диапазоне при проведении спектроскопии комбинационного рассеяния (СКР). Учитывая, что интенсивность АФ определяется индивидуальным фенотипом кожи проанализированы нормализированные спектры АФ полученные путем регистрации АФ в области новообразования и участка здоровой кожи, в исследовании приняли участие 88 пациентов. В диапазоне 870–920 нм спектральная плотность интенсивности АФ линейно спадает с ростом длины волны, а наибольшие изменения в спектре АФ наблюдались в диапазоне 810–870 нм. Для анализа экспериментальных данных в указанном диапазоне была проведена аппроксимация спектральной интенсивности АФ экспоненциальной функцией. Результаты, полученные в ходе проведенного экспериментального исследования, показывают возможность использования формы спектра АФ в ближней инфракрасной области для диагностики. Важным достоинством данного метода является его инвариантность относительно размеров опухоли и высокая скорость анализа информации.

Наилучшие результаты диагностики меланомы достигаются при использовании комплексных критериев формы, выделенных при аппроксимации спектра автофлуоресценции экспоненциальной функцией. Точность диагностики меланомы достигает 88,4% для *ex vivo* исследований, 86,2% для *in vivo* исследований.

Список литературы:

1. Zakharov V.P., Bratchenko I.A., Kozlov S.V., Moryatov A.A., et all. Two-step raman spectroscopy method for tumor diagnosis В сборнике: Proceedings of SPIE - The International Society for Optical Engineering Сер. «Biophotonics: Photonic Solutions for Better Health Care IV» 2014 С. 91293V

Реконструктивно-восстановительные операции у больных раком молочной железы: существует ли оптимальная методика?

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

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Актуальность. Разнообразие методик реконструктивно-пластических операций (РПО) вызывает затруднения в выборе вмешательства у больных раком молочной железы (РМЖ).

Цель исследования: изучить результаты РПО у больных РМЖ для определения оптимального способа реконструкции в зависимости от различных факторов.

Материалы и методы. С 2013 по 2015 гг., в Самарском Онкологическом Диспансере, РПО выполнена у 347 больных РМЖ в возрасте 26–65 лет (средний возраст 41,5 год), что составило 8,9% от общего числа радикальных вмешательств по поводу данной патологии. Одномоментные РПО выполнены у 130 пациенток (37,5%), двухэтапные – у 97 (27,8%), у 120 (34,7%) больных реконструкция произведена собственными тканями. I стадия РМЖ была у 85 (24,55%), II стадия – у 184 (53,0%), III стадия – 78 (22,5%) пациенток. Одноэтапная РПО с использованием эндопротезов выполнялась после кожно- или сосок-сберегающей мастэктомии, а двухэтапная методика у пациенток после адъювантой химиолучевой терапии. Для сохранения естественной формы и симметрии молочных желез использовались собственные ткани пациенток. В структуре РПО анатомические импланты составили 89% (круглые 11%), полиуретановые покрытия 81% (текстурированное – 19%). Объем имплантов варьировал от 180 до 525 мл, с высокой и сверхвысокой проекцией.

Результаты. Период наблюдения варьировал от 12 до 36 мес. Осложнения, повлекшие удаление эндопротеза отмечались у 3 пациенток в сроке до 3 мес и у 4 – в отдаленном периоде. Прогрессия заболевания диагностирована у 11 (3,5%) больных, причем у 4 параллельно с локо-регионарным рецидивом. У 9 (2,6%) пациенток развился изолированный местный рецидив. Эстетические результаты оценивались по степени статической и динамической симметрии. Лучшие результаты симметрии получены в группе пациенток РПО собственными тканями, двухэтапными и одномоментными РПО с эндопротезированием контралатеральной молочной железы. Увеличение массы тела на фоне гормональной терапии и развитие фиброзной капсулярной контрактуры уменьшали степень симметрии и ухудшали эстетический результат у пациенток после РПО имплантами-эндопротезами.

Выводы. РПО собственными тканями и двухэтапная РПО с эндопротезированием контралатеральной молочной железы являются оптимальными способами восстановления молочной железы.

Применение перфузионной компьютерной томографии при первичных злокачеситвенных опухолях головного мозга

Козлов С.В., Капишников А.В., Баландина А.В., Золотарева Т.Г.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Цель исследования: оценить возможности перфузионной компьютерной томографии (КТ) у пациентов с первичными злокачественными опухолями головного мозга для дифференциальной диагностики продолженного роста опухоли и постлучевых изменений.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования 47 пациентов с диагнозом первичных опухолей головного мозга. Магнитно-резонансная томография (МРТ) проводилась на томографе Signa 1,5T(GE) с контрастным усилением Магневист® в дозе 0,2 мл/кг массы тела, получены снимки супра- и субтенториальных отделов в аксиальной, коронарной и сагиттальной проекциях, в режимах Т1-, Т2 – взвешенные изображения, FLAIR, DWI, SWAN. КТ выполнена на 256-срезовом томографе Discovery CT750 HD (GE). Для перфузионного сканирования вводили 50 мл Визипак-320® в/венно, сканирование проводили через 5 сек., 80 кВ; 400 мА, срез 2,5 мм с реконструкцией по 5 мм. Эффективная доза – 100–110 мЗв. Референтные тесты – гистологическое и ИГХ – исследование. Анализ проводился при КТ по оценке динамической регистрации рентгеновской плотности в процессе трансфера рентгеноконтрастного вещества и получения математических функций для расчета перфузионных параметров. Использованы параметры: CBV (cerebral blood volume, общий объем мозгового кровообращения), мл/100 г; CBF (cerebral blood flow, объемная скорость мозгового кровотока, мл / 100 г * мин.; MTT (mean transit time, среднее время циркуляции). Анализ перфузии проводился путем выбора зон интереса ROI (region of interest).

Результаты. У 36 (47%) пациентов выявлена и подтверждена глиобластома G4, у 8 (17%) – фибриллярная астроцитома, у 3 (6%) – олигодендроглиома. Всем пациентам было проведено оперативное лечение и лучевая терапия в дозе 60 Гр, повторно обследовано методом КТ-томографии 38 пациентов. У 11 (29%) – постлучевые изменения. Показатели CBF, CBV снижены. У 27 пациентов определялся продолженный рост опухоли с высокими показателями скорости объема и скорости кровотока, с пролонгированным временем MTT. Выявлено с гистологически подтвержденным продолженным ростом опухоли – 21 человек (55%), у 6 (16%) – ложноположительные результаты.

Вывод. Визуализация опухолей головного мозга путем исследования перфузия/проницаемость (rCBVи rCBV+PS) информативна и может стать «рутинным», ценным в оценке опухолей головного мозга при постановке диагноза и мониторинге лечения.

Участие эстрогенов и инсулин-зависимых факторов роста в развитии первичных и рецидивных опухолей молочной железы

Комарова Е.Ф., Позднякова В.В., Пржедецкий Ю.В., Карнаухова В.С.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Актуальность. Рост и функционирование нормального и злокачественного эпителия молочных желез находится под гормональным контролем. Многие паракринные и аутокринные факторы роста (такие, как IGF-1, TGF α и β, FGF, и др.) опосредуют гормональную индукцию пролиферации эпителия и его дифференцировку, а также вовлечены в прогрессию опухоли.

Материалы и методы. В ткани первичного и рецидивного рака молочной железы 44 больных репродуктивного возраста (T2N0-2M0) определяли уровень инсулин-зависимого фактора роста – 1, 2 (IGF1, IGF2), эстрадиола (Е2), эстрона (Е1), эстриола (Е3). В качестве контроля использовали ткань молочной железы, взятой во время операции пациентов без онкопатологии (n = 10).

Результаты. Уровень инсулин-зависимых факторов роста имел сходную динамику в ткани первичной и рецидивной опухоли, однако был разнонаправлен относительно интактной ткани. Так содержание ИФР-1 было повышено в ткани первичной опухоли и рецидивов в среднем в 1,8 раза (p < 0,05) «может пропущена еще кратность (например, и 1,7 раза (p < 0,05)) по сравнению с контролем. Напротив, уровень ИФР-2 был снижен в случае первичной опухоли и рецидивов в 1,9 (p < 0,05) и 1,6 (p < 0,05) раза, соответственно. Содержание эстрогенов также имело сходство в тканях первичных и рецидивных опухолей. При этом уровень эстрадиола не отличался статистически значимо от контроля (p > 0,05), уровень эстриола был снижен в 1,4 (p < 0,05) и 1,6 (p < 0,05) раза в первичных и рецидивных опухолевых тканях соответственно. Однако, содержание эстрона имело разную направленность и было снижено в 1,2 раза (p < 0,05) в ткани первичной опухоли и повышено в ткани рецидивов в 1,3 (p < 0,05) раза по сравнению с контролем. Корелляционный анализ выявил тесную обратную связь между уровнем ИФР1 и эстриола (Е3) как при первичной (r = –0,81, p < 0,001), так и в рецидивной опухолевой ткани (r = –0,78, p < 0,001). Между ИФР2 и эстроном (Е1) сложилась умеренная прямая корреляционная связь в случае первичной опухоли МЖ (r = –0,62, p < 0,05).

Выводы. Показано сходство динамики и выявлены корреляционные связи между эстрогеновой и IGF молекулярными осями в ткани первичных и рецидивных опухолей МЖ.

Выявление мутаций методом плавления ДНК: взаимодействие зондов TaqMan с ампликонами-«шпильками»

Кондратова В.Н., Лихтенштейн А.В.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва; НИИ канцерогенеза, Москва

Разработан способ одновременного сканирования мутаций в обеих нитях ампликона. Использование в симметричной ПЦР комбинированных праймеров, состоящих из универсальной и специфической последовательностей, ведет к образованию однонитевых ампликонов-«шпилек» (sense и antisense). «Шпилечная» конформация позволяет сохранить часть комплементарных ампликонов в однонитевой форме, что способствует их независимой гибридизации с присутствующими в среде зондами TaqMan, но не друг с другом. Этот подход устраняет ограничения стандартного DMA (DNA Melting Analysis) с зондами TaqMan, обусловленные необходимостью асимметричного варианта ПЦР. Показана высокая эффективность предлагаемого метода в мутационном сканировании образцов ДНК, выделенных из культивируемых клеток, биоптатов и парафиновых блоков.

Предлагаемый вариант симметричной ПЦР с последующим плавлением ДНК позволяет проводить как количественные оценки анализируемых генов, так и выявлять в них генные мутации. Метод реализуется в «закрытом формате» (т.е., в одной пробирке без промежуточных или дополнительных процедур), минимизирующем риск перекрестного загрязнения клинических образцов. Одновременное «двунитевое тестирование» ампликона, повышающее надежность и чувствительность анализа, не требующее отказа от «симметричного варианта» ПЦР и не сопряженное с дополнительными затратами времени и труда, может найти широкое применение в экспериментальном и клиническом генотипировании.

Структурно-денситометрический анализ и картирование плотности шаровидных образований легких при мультиспиральной компьютерной томографии

Коновалов В.К., Борисенко О.В., Федосеев М.А., Модакалова Ю.С.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Денситометрия – одна из основополагающих методик мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), позволяющей уточнить характер патологических изменений органов грудной полости. Однако возможности денситометрии в оценке шаровидных образований легких (ШОЛ) изучены недостаточно.

Вновь разработанный способ оценки внутренней структуры ШОЛ, заключающийся в прицельной объемной денситометрии, позволил получать последовательные выборки в выделенных зонах интереса значений пикселей из файлов в формате DICOM, проводить анализ распределения денситометрических плотностей, как в плоскости среза, так и с учетом различных срезов в выделенном объеме.

Обследовано 328 больных с верифицированными диагнозами: «первичный рак легкого», «пневмония», «инфильтративный туберкулез».

Создание технологии начиналось с формирования базы данных файлов в формате DICOM больных с верифицированными диагнозами, прошедшими МСКТ органов грудной клетки, и текстовых баз данных о пациентах. Отбирали заболевания, соответствующие требованиям денситометрического анализа.

Затем был разработан второй модуль – модуль выборки значений плотностей пикселей из файлов в формате DICOM путем использования программного обеспечения «Рентгенолог+».

Далее был реализован третий модуль – нейронная сеть. Программа позволяла создавать, сохранять в файл и загружать из файла персептроны с произвольным количеством слоев и нейронов во внутренних слоях; формировать, редактировать, сохранять в файл и загружать из файла выборки для обучения на них сетей; обучать сеть на данной выборке; создавать, редактировать, сохранять и загружать контрольную выборку для проверки результатов работы нейронной сети; сравнивать действительные и ожидаемые выходы нейронной сети на контрольной выборке.

Была проведена сравнительная оценка дифференциально-диагностических возможностей вновь разработанной технологии денситометрического анализа шаровидных образований легких при первичном раке, пневмонии и инфильтративном туберкулезе.

Чувствительность при разделении нозологий «первичный рак – инфильтративный туберкулез» составила 91,1%, специфичность – 88,6%, точность – 90,2%. Чувствительность при разделении нозологий «первичный рак – пневмония» составила 90,4%, специфичность – 74,5%, точность – 84,2%. Чувствительность при разделении нозологий «инфильтративный туберкулез – пневмония» составила 79,5%, специфичность – 80,8%, точность – 80,2%.

Радиочастотная абляция периферического немелкоклеточного рака легкого у больных высокого операционного риска

Королев Д.Г., Кривощеков Е.П., Каганов О.И., Морятов А.А.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Одним из способов малоинвазивного лечения злокачественных новообразований легкого у неоперабельных больных в настоящее время является радиочастотная абляция (РЧА). С 2007 по 2015 годы в Самарском област-

ном клиническом онкологическом диспансере было выполнено 123 РЧА у 98 пациентов с диагнозом периферический немелкоклеточный рак легкого. Средний возраст больных составил 69,4 ± 8,9 лет. Мужчин было 76, женщин 22. У всех пациентов диагноз был верифицирован при помощи трансторакальной биопсии с последующим цитологическим и иммуноцитохимическим исследованием. По морфологическому типу опухоли пациенты распределились следующим образом: аденокарцинома 52 (53,1%) человека, плоскоклеточный рак 35 (35,7%) человек, крупноклеточный рак 6 (6,1%) пациентов, нейроэндокринная опухоль 3 (3,1%) человека и у 2 (2,0%) пациентов недифференцированный рак. Все пациенты были с 1 стадией заболевания (T1-2N0M0). Средний размер опухоли был 24,8 ± 8,3 мм. Показанием к проведению пациенту РЧА являлась его функциональная неоперабельность – 31 (31,6%) или отказ пациента от резекции легкого – 67 (68,4%). На первом этапе всем пациентам проводили радиочастотную абляцию опухоли легкого, вторым этапом у 41 (42%) пациента выполнялась дистанционная лучевая терапия 44–50 Гр на зону абляции и 40–50 Гр на зону регионарного метастазирования. Медиана общей выживаемости составила 42,0 месяца (95% ДИ 31,2–52,8). 1, 3 и 5-летняя выживаемость составили 89%, 58% и 38% соответственно. Медиана онкоспецифической выживаемости составила 49 месяцев (95% ДИ 37,6–60,4), а 1, 3 и 5-летняя онкоспецифическая выживаемость была 92%, 60% и 42% соответственно. Поздних осложнений после РЧА выявлено не было. Ранние осложнения развились у 30 (30,6%) пациентов. У 14 (14,3%) пациентов после РЧА развился пневмоторакс, у 14 (14,3%) – плеврит. У 1 (1,0%) больного РЧА осложнилось развитием бронхоплевральной фистулы и 1 (1,0%) пациент был с абсцессом в зоне абляции. Таким образом полученные результаты позволяют характеризовать РЧА как эффективную и, с учетом легкого характера большинства осложнений, безопасную операцию для больных немелкоклеточным раком легкого, проведение которым хирургического лечения в стандартном объеме не представляется возможным.

Лечение и профилактика тромбоцитопении как осложнения при комбинированном химиолучевом лечении онкологических больных

Корытова Л.И., Мешечкин А.В., Мешечкина В.Г., Корытов О.В.

Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Минздрава России, Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценка эффективности применения нуклеоспермата натрия для лечения и профилактики тромбоцитопении при химиолучевом лечении онкологических больных.

Материалы и методы. В исследование включены данные 40 пациентов, которым проводилось лечение в РНЦРХТ в период с января по декабрь 2016 г. После определения в клиническом анализе крови снижения уровня тромбоцитов (тромбоцитопении) пациенты методом рандомизации были поделены на две группы: лечебная, в которой проводилось лечение тромбоцитопении препаратом нуклеоспермат натрия, и контрольная (по 20 больных в каждой группе), в которой нуклеоспермат натрия не использовался. Контроль показателей крови (тромбоцитов) в группах осуществлялся через 5, 10 и 15 дней после завершения введения нуклеоспермата натрия.

Результаты. При введении больным нуклеоспермата натрия положительная динамика уровня тромбоцитов отмечалась сразу после завершения курса введения препарата у всех 20 больных, что подтверждается данными первого (на пятый день) контрольного исследования показателей крови. Средний уровень тромбоцитов у больных после лечения тромбоцитопении нуклеосперматом натрия практически нормализовался и составил в среднем 172×10^9/л. Только 3-м пациентам из группы потребовался перерыв в лучевом лечении до 5 дней. Во 2 группе больных положительная динамика восстановления уровня тромбоцитов проявилась только ко второму (на 10 день) контрольному исследованию показателей крови. При этом, повышение уровня тромбоцитов было незначительное. Средний уровень тромбоцитов среди всех больных контрольной группы составил 116×10^9/л. Низкий уровень тромбоцитов у 13 (65%) пациентов группы контроля потребовал перерыва в лучевом лечении на 10 дней.

Выводы. Использование препарата нуклеоспермата натрия для лечения тромбоцитопений после лучевой и химиолучевой терапии, а также вовремя лечения позволяет восстановить уровень тромбоцитов до границы нормы в течение 10–15 дней. Показатель динамики тромбоцитопоэза, стимулированного препаратом нуклеоспермат натрия, на 40–50% превышает рост числа тромбоцитов в контрольной группе больных. При использовании нуклеоспермата натрия не установлено наличия осложнений, аллергических реакций, токсических воздействий на онкологических больных.

Интеграция, анализ и консолидации информации в госпитальном регистре на основе использования тезауруса предметной области «онкология»

Костин А.А., Мокина В.Д., Бабаян Л.А., Родин С.Р., Семенович М.В.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Москва

Существующий в РФ уровень информатизации системы здравоохранения не позволяет оперативно решать вопросы планирования и управления отраслью для достижения целевых показателей. Важное место в решении этих задач занимает проблематика реализации программы по созданию единого информационного пространства в сферах здравоохранения и социального развития.

Прогресс в этом направлении определяется разработкой компьютерных систем, основанных на знаниях, на создании современных подходов к интеграции, анализу и консолидации информации о ходе лечебно-диагностического процесса.

Центральными компонентами таких систем становятся онтологии как модели представления знаний. То, насколько онтология будет детальной или общей влияет на многие решения, касающиеся моделирования. Повторное использование существующих онтологий является ключевым при реализации механизмов консолидации информации, поскольку такое повторное использование позволяет взаимодействовать компьютерным системам с другими приложениями.

Особый интерес представляет разработка онтологии для предметной области «Онкология», описание набора классов онтологии, таксономической иерархии этих классов, а также набора свойств классов с их ограничениями.

Последние достижения в борьбе с онкологическими заболеваниями связаны с интеграцией онкологии со смежными междисциплинарными специальностями – с достижениями интервенционной радиологии, с применением новых фармакологических средств, нано технологии, биомоделирования, молекулярной биологии и генной терапии. Поэтому разработка онтологий тесно связана с необходимостью совместной разработки и использования существующих онтологий для смежных наукоемких междисциплинарных областей.

Многолетний опыт использования в Отделе госпитального регистра и аналитической статистики МНИОИ им. П.А.Герцена программного комплекса Госпитальный регистр дает хорошую основу для реализации проекта по разработке тезауруса предметной области «Онкология» и на этой основе создания онтологий для построения базы знаний, ориентированной на решение задач интеграции, анализа и консолидации информации о ходе лечебно-диагностического процесса в онкологическом учреждении.

Состояние гормонального баланса у больных раком яичников 3–4 стадии репродуктивного возраста

Кравцова О.Е., Неродо Г.А., Франциянц Е.М., Никитина В.П., Вереникина Е.В., Непомнящая Е.М., Никитин И.С., Черникова Н.В.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Уровень фертильности больных раком яичников (РЯ) репродуктивного возраста зависит от соотношения синтезируемых в яичнике половых стероидов.

Цель: исследовать исходный уровень гормонального баланса у больных РЯ 3–4 стадии репродуктивного возраста до начала лечения.

Материалы и методы: в работе исследована ткань яичников, полученная во время операции от 28 пациенток в возрасте 43 ± 2,15 лет с двусторонним злокачественным поражением гонад (T 3-4 N1-2 M 0), морфологически – у всех больных, серозная цистаденокарцинома. В качестве условно здоровой ткани исследовали визуально неизмененные яичники, удаленные во время операции по поводу миомы матки у 16 женщин аналогичного возраста.

Результаты. При исследовании не обнаружено различий в уровне эстрадиола (Э2) и прогестерона (Р4) между тканью опухоли в обоих яичниках независимо от фазы менструального цикла. В гонадах, находящихся в I фазе менструального цикла, содержание Э2 было в среднем в 3,7 раза ниже, чем в доминантном интактном яичнике и в 2 раза выше, чем в неовулирующем. Уровень Р4 в ткани опухоли в I фазе был в 2,6 раза выше, чем в обоих интактных яичниках, а во II фазе – в 35,8 раза ниже, чем в доминантном и в 6,9 раза ниже, чем в пассивном. Концентрация тестостерона (Т) в злокачественной ткани не отличалась от содержания в условно интактных яичниках в I фазе цикла, соответствовала доминантному – во второй фазе. Т.е. фазы менструального цикла теряли свою гормональную специфичность. При рассмотрении коэффициентов соотношения Э2 /Р4 отмечено, что в I-ю фазу цикла показатель соответствовал значениям в пассивном визуально неизмененном яичнике. Коэффициент соотношения Э2/Т указывал на дисбаланс половых гормонов в сторону гиперэстрогенизации ткани – в 2,2 раза выше, чем в условно интактной ткани пассивного яичника. Во вторую фазу цикла в опухолевой ткани произошло увеличение соотношения Э2/Р4 в 5,3 раза по отношению как пассивному, так и доминантному яичникам. Соотношение Э2/Т, оказалось сниженным в 3,3 раза, по сравнению с тканью пассивного яичника.

Заключение. Рост злокачественных опухолей яичников у женщин репродуктивного возраста происходит на фоне дисбаланса в соотношении эстрогенов и прогестинов, а также эстрогенов и андрогенов. Уровень синтезируемых тканевых половых гормонов, ни в одном яичнике не обеспечивал детерминированную физиологическую функцию.

Изучение гормональной функции гонад после оперативного лечения рака шейки матки и лучевой терапии

Крузе П.А., Вереникина Е.В., Неродо Г.А., Черкасова А.А., Селезнева О.Г., Чалабова Т.Г., Меньшенина А.П., Черникова Н.В., Порываев Ю.А., Никитина В.П., Кравцова О.Е., Никитин И.С., Абдулаева Н.М.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Нами была оценена длительность функционирования сохраненных яичников после проведения комбинированного лечения рака шейки матки. Пациенткам (88 человек) фертильного периода (от 20 до 45 лет) больных раком шейки матки Ib стадии выполнялась радикальная модифицированная операция, позволяющая, после окончания лучевой терапии, возвращать яичники в малый таз, в положение, имитирующее их связочный аппарат, что предотвращало развитие кастрационного синдрома. На мо-

мент оценки результата возрастной промежуток варьировал от 25 до 56 лет. Сроки наблюдения составили от 12 мес до 11 лет. При изучении гормонального статуса больных, находящихся в периоде, соответствующему среднему репродуктивному, т.е. до 40 лет (55 человек – 63%), уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и эстрадиола (Э2) в среднем составил 3,8 МЕ/л и 261 пмоль/л соответственно. В позднем репродуктивном периоде (от 41 до 45 лет), концентрация фоллитропина и эстрадиола была также в пределах нормы (Э2 – 276 ± 45,2 пмоль/л, ФСГ – 4,9 ± 0,7 МЕ/л). Треть пациенток этой группы были пролечены 7 лет назад, но специфические менопаузальные симптомы у них отсутствовали. Среди пациенток в возрастном промежутке от 46 до 50 лет (15 человек – 17%) можно было выделить две подгруппы с разным уровнем гормонов: у одной (8 женщин – 9%) он соответствовал перименопаузальному периоду – умеренно повышенное содержание ФСГ (10,3 МЕ/л), нормальный уровень (270 пмоль/л) эстрадиола. У женщин другой подгруппы (7 человек – 8%) при низком уровне эстрадиола (110 пмоль/л), определялся более высокий показатель ФСГ (28,5 МЕ/л). Приливы зарегистрированы у 45% пациенток. Отмечено значительное повышение ФСГ у больных старше 50 лет, медиана его была равна 41,2 МЕ/л, что, является важным критерием постменопаузы. Жалобы на приливы предъявляли 83,7% женщин. Таким образом, выведение сохраненных яичников из зоны облучения по нашей методике обеспечивает длительное функционирование половых желез, и постепенное их угасание в зависимости от возраста.

Комплексная ультразвуковая диагностика рецидивов рака шейки матки

Кряжева В.С., Чекалова М.А., Кузнецов В.В.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Цель: изучить возможности комплексного ультразвукового метода в диагностике рецидивов рака шейка после комбинированного и комплексного лечения.

Материалы и методы. В исследовании использованы материалы клинических наблюдений 26 пациенток с предположительным диагнозом рецидив рака шейки матки (РШМ), находившихся на лечение в РОНЦ им Н.Н.Блохина в период с 2010 по 2016 гг.

Результаты. У всех 26 пациенток рецидив РШМ диагностирован после хирургического, комбинированного или комплексного лечения. По времени возникновения рецидивы РШМ распределились следующим образом: от 6 мес до 1 года – 7 больных, от 1 до 2 лет – 10 пациенток, от 3 до 4 лет – 7 пациенток, 9–10 лет – 2 пациентки. Рецидив РШМ морфологически подтвержден у 16 больных. Гистологически в 7 наблюдениях выявлен плоскоклеточный неороговевающий рак, в 8 наблюдениях – плоскоклеточный ороговевающий и в 1 случае – аденокарцинома. В 10 наблюдениях рецидив РШМ подтвержден сочетанием данных разных методов визуализации. У 25 больных с диагнозом рецидив РШМ выявлены ультразвуковые признаки прогрессирования заболевания. В одном наблюдении рецидив был эхонегативным и подтвержден при цитологическом исследовании. Локальный рецидив диагностирован в 12 наблюдениях, локорегионарный в 8 и регионарный в 5 наблюдениях. Во всех (12) наблюдениях при локальном рецидиве опухоль представляла собой солидное, гипоэхогенное образование, неправильной формы, с нечеткими, неровными контурами.Размеры рецидивной опухоли до 2,0 см определены в 2 наблюдениях, от 2,0 см до 5,0 см у 5 больных и более 5,0 см у 5. Локорегионарные рецидивы РШМ у 8 больных характеризовались наличием солидной опухоли в прикультевой зоне влагалища и метастатическим поражением забрюшинных лимфатических узлов.Регионарный рецидив РШМ диагностирован у 5 больных. В одном наблюдении обнаружены лимфатические узлы по ходу правых общих позвдошных сосудов макисмальными размерами до 3,9 × 3,2 см, помимо этого выявлены признаки пиелоэктазии. У 2 пациенток диагностированы метастазы в поясничных лимфатических узлах. В одном наблюдении визуализировалось тяжистое образование размерами 1,4 × 1,0 см вдоль левых подвздошных сосудов.

Заключение: УЗ-исследование позволяет выявить рецидив РШМ в области малого таза и забрюшинных л/узлах, что способствует в дальнейшем проведению адекватного лечения.

Современный подход к хирургическому лечению сарком мягких тканей

Куваев С.В., Антонов А.А., Семикопов К.В., Чайченко Д.В., Астафьев И.В., Пашевич С.А., Привалов А.В.

Челябинский областной онкологический диспансер, Челябинск

Актуальность. Мягкотканные саркомы – редкая группа злокачественных опухолей с заболеваемостью 1,7 на 100 тыс. населения и смертностью 1,5 на 100 тыс. населения. Основной метод лечения – хирургический. Ранняя диагностика затруднена из-за трудности дифференциальной диагностики сарком с гематомами, липомами, другими ДНО. Лечение часто начинается у общих хирургов, проводится не радикально, с нарушением онкологических принципов. Встречаются случаи, когда при лечении сарком в общей сети применяется физиотерапия. Районные онкологи не всегда обладают достаточными знаниями и навыками для успешного радикального лечения сарком. Хирургическое лечение рецидивных опухолей мягких тканей сложнее, чем первичных (нарушение анатомии зоны операции, наличие послеоперационных рубцов, фиброзных изменений, гематом, гранулем). Все это приводит к возникновению рецидивов и к раннему гематогенному метастазированию.

Мировые данные: 108–171 день – интервал от первичного вмешательства до радикальной резекции, в 23,7%

время до вторичного обращения к врачу более 100 дней, «первичное» звено: 55% хирурги, 33% травматологи, 12% дерматологи (M. Hoshi, 2008).

Уровень безметастатической выживаемости ниже в группе пациентов с повторными вмешательствами по сравнению с пациентами, оперированными однократно (J.J. Lewis, 2000).

Уровень местного рецидивирования выше среди пациентов, оперированных вторично (T. Ueda, 1997).

Материалы и методы. В онкоабдоминальном отделении ГБУЗ ЧОКОД за 2014–2015 годы оперировано 49 больных с саркомами мягких тканей (30 женщин, 19 мужчин). Из них первичных (ранее не оперированных) – 28, ранее оперированных в других местах – 21.

Результаты. Из 28 первичных больных, оперированных в ЧОКОД рецидив, произошел у одного. Из 21 ранее оперированных в других клинических учреждениях – все с рецидивами (1-й рецидив у 11 человек, 2-й рецидив у 5, 3-й рецидив у 2, 4-й рецидив у 3).

Заключение. Хирургическое лечение мягкотканных сарком, выполненное специалистами-онкологами в условиях онкологического отделения позволяет снизить количество рецидивов опухоли и, как следствие, увеличить уровень без метастатической выживаемости.

Медицинская, психосоциальная и духовная составляющие паллиативной помощи онкологическим больным

Кудряшов А.А., Кудряшова Л.Н., Гайсин А.К.

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РБ, Уфа

Ежегодно в РБ выявляется более 13 тысяч больных ЗНО. Практически каждый третий больной раком погибает в первый год, после постановки диагноза. Улучшение качества жизни пациентов генерализовавнными формами рака служит паллиативная помощь. Паллиативная помощь включает: медицинскую, социальную, психологическую и духовную поддержку больных и их семей.

В г. Уфе, только в 2016 году в стационарных условиях получили симптоматическое лечение, направленное на купирование хронического болевого синдрома и улучшение качества жизни 805 больных, принято в кабинете противоболевой терапии 5962 больных, осуществлено 1822 выездов на дом.

Не менее важной задачей является социальная помощь. С этой целью врачи паллиативной помощи работают над вопросом оформления документов на МСЭ, то есть определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Успешность лечения напрямую связана с психологическим состоянием человека. На сегодняшний день, этой категории пациентов психологическую помощь оказывают профессиональные психотерапевты. А с июня 2015 года был запущен проект «Жизнь продолжается», в рамках которого для оказания психологической поддержки, причем не только пациентов, но и сотрудников, регулярно проводятся концерты самодеятельной песни клубов «Белый ворон» и «Сентябрь».; мастер классы, выставки картин.

Духовная забота о пациентах – это еще одна не менее важная составляющая в паллиативном лечении онкологических больных и «…это не роскошь, доступная немногим; это именно существенное право каждого человека, столь же существенное, как политические свободы, право на медицинскую помощь, и равенство возможностей». Духовную поддержку, так необходимую онкологическим больным в этот жизненный период несут священнослужители – отец Сергий и сестры милосердия, прошедшие обязательные курсы по подготовке по уходу за больными.

Таким образом, при оказании паллиативной помощи необходимо оказывать не только медицинскую, но социальную, психологическую и духовную помощь.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения городского округа город Уфа за 2016 год

Кудряшова Л.Н., Кудряшов А.А.

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РБ, Уфа

В г. Уфе за 2016 год взято на учет первичных больных со злокачественными новообразованиями (ЗНО) – 3745 человек, что на 386 случаев больше, чем в 2015 г. Заболеваемость ЗНО в г. Уфе за 2016 г. составила 362,7 на 100 тыс. населения. Уровень заболеваемости растет и выше по сравнению с 2015 г. на 1,6% (2015г. – 357 на 100 тыс населения). В РБ заболеваемость ЗНО также возросла и составила в 2016 г. 324,8 на 100 тыс. населения, и остается ниже на 10,5% по сравнению с таковым в г. Уфе. В структуре первичной заболеваемости ЗНО за 2016 г. по нозологии ранговые места занимают: молочная железа – 13,7%; кожи – 10,7%; легкого – 8,3%; ободочной кишки – 6,5%; прямой кишки – 6,5%; желудка – 6,3%. Анализ заболеваемости ЗНО по половому признаку позволил установить, что взятых на учет впервые больных раком среди женщин больше. Так доля женщин, впервые взятых на учет в течение 2016 г. – 56,0%, а мужчин 44,0%. Причем, из них – 54,4% пациентов на I–II стадиях, 24% – на III стадии и 21,6% – на IV стадии опухолевого процесса.

При анализе смертности от ЗНО в г. Уфе за 2016 г. отмечается повышение показателя смертности до 170,1; в РБ до 153,1 на 100 тыс. населения. Причем показатель смертности в г. Уфе стабильно выше республиканского. В структуре смертности за последние годы существенных изменений не произошло, и ведущие позиции занимают смертельные исходы от ЗНО: легких – 16,6%; молочной железы – 10,4%; желудка – 9,3%; ободочной кишки – 8,5%; прямой кишки – 6,5%.

Одним из важных показателей в онкологии является годичная летальность – число умерших больных, проживших с момента установления диагноза ЗНО менее года из

числа впервые взятых на учет. В г. Уфе показатель составил 24,8% (1873 человека). В структуре годичной летальности за 2016 год ранговые места занимают ЗНО следующих локализаций: легкие – 10,2%; желудок – 5,4%; ободочная кишка – 4,1%; поджелудочная железа – 4,1%; прямая кишка – 2,3%; молочная железа – 2,3%.

Таким образом, в г. Уфе в 2016 году отмечался рост заболеваемости и смертности от ЗНО и составили 326,7 и 170,1 на 100 тыс населения соответственно.

Изучение экспрессия ММП-9 в плоскоклеточном раке гортани

Кулагин Р.Н., Петров С.В.

Городская клиническая больница №7, Казань;
Казанский государственный медицинский университет, Казань;
Приволжский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Казань

Матриксные металлопротеиназы (ММП) играют важную роль в прогрессировании злокачественных новообразований, участвуя в разрушении экстрацеллюлярного матрикса, ангиогенезе опухоли, взаимодействуют с факторами роста и молекулами межклеточного взаимодействия.

Цель нашей работы – исследовать экспрессию ММП-9 (одного из представителя семейства ММП) в плоскоклеточном раке гортани и изучить ее связь с некоторыми клинико-морфологическими показателями и прогнозом заболевания. Использовались парафиновые блоки архивного материала, полученного от 186-ти больных за период с 2000 по 2008 гг., с дальнейшим изготовлением восьми ТМА-мультиблоков (технология tissue microarray) и оцифровкой микропрепаратов на сканере Mirax MIDI (Carl Ziess). Распределение по клиническим стадиям следующее: I-я – 8 случаев, II – 43, III – 84, IV – 51. Больных с опухолями, имеющими степень дифференцировки G1, было 59, G2 – 50, G3 – 77. Метастазы в регионарные лимфатические узлы отмечены в 40 случаях (21,5%). Для иммуногистохимического исследования использовалось антитело против MMP-9 (MMP-9, 92kDa Collagenase IV, разведение 1:35, LabVision Corp.). Для визуализации применяли систему детекции UltraVision с DAB Plus хромогеном (LabVision Corp.). Цитоплазматическая экспрессия исследуемого маркера обнаружена в 35% (в 65-ти случаях). Пятилетняя выживаемость в исследуемой группе составила 46,2% (86 случаев), а рецидивы обнаружены в 8,6% (16 случаев). В низкодифференцированных опухолях (G3) наблюдается достоверное снижение экспрессии исследуемого маркера по сравнению с высокодифференцированными (G1) ($p < 0,001$). Нами обнаружено, что в группе больных с метастазами, рецидивами, IV-ой клинической стадии и T4-стадии экспрессия ММП-9 была ниже, но без статистических различий ($p > 0,05$). Мы не выявили связи между 5-летней выживаемостью, локализацией опухоли в гортани, возрастом больных и экспрессией изучаемого маркера. Таким образом, при прогрессии плоскоклеточного рака гортани наблюдается снижение уровня экспрессии ММП-9.

Эндоскопическое ультразвуковое исследование периферических новообразований легких

Кулаев К.И., Важенин А.В., Зуйков К.С., Юсупов И.М.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Введение. В последние годы активно внедряется в практику использование ультразвуковых минизондов с целью верификации периферических новообразований легкого.

Материалы и методы. С 2009 года в ЧОКОД на амбулаторном этапе выполнено 2013 бронхоскопий с использованием эндобронхиального ультразвукового исследования минизондами. Среди них: мужчины – 1431 (70,9%), средний возраст пациентов составил 67 лет ± 8,3 года; женщины – 582 (29,1%), средний возраст составил 67 лет ± 8,7 года. В первой группе у 878 пациентов выполнено только рентгенологическое исследование легких. Вторая группа пациентов, у которой была выполнена компьютерная томография, составила 819 пациента. Третья группа составила 316 пациентов; выполнена позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ-КТ).

Результаты исследования. В первой группе ультразвуковая визуализация новообразований достигнута у 398 пациентов (45,3%). Из 398 пациентов злокачественный процесс был верифицирован у 231 (58,04%) пациентов. Во второй группе из 819 пациентов визуализация патологического очага достигнута у 547 (66,78%) пациентов, процент успешной морфологической верификации 319 (58,3%). В третьей группе из 316 пациентов визуализация патологического очага достигнута у 216 (68,3%) пациентов, верификация получена у 133(61,5%).

Выводы. Перед бронхоскопией всем пациентам необходимо выполнять рентгенологическое исследование и компьютерную томографию легких. Применение ультразвуковых минизондов для гистологического исследования является высокоинформативным методом, и в большом проценте случаев позволяет верифицировать процесс на амбулаторном этапе.

Эффективность эндоскопической ультразвуковой диагностики злокачественных новообразований легких и средостения при применении иммуноцитохимического метода исследования ткани опухоли

Кулаев К.И., Важенин А.В., Лукин А.А., Семёнова А.Б., Зуйков К.С., Юсупов И.М.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Введение. Морфологическое подтверждение клинического диагноза заболеваний трахеи, бронхов и легких в 2013 году составило 68,3% (Каприн А.Д., 2015). Применение ультразвуковых эндоскопических аппаратов с воз-

можностью прицельной трансбронхиальной аспирационной биопсии опухоли позволяет, наряду с рутинными морфологическими методами исследования, применить и современные иммуноморфологические методы, значительно расширяющие возможности диагностики процесса.

Материалы и методы: с 2009 г по 2015 годы в условиях эндоскопического отделения проведено 278 ультразвуковых эндоскопических исследований с прицельной тонкоигольной аспирационной биопсией новообразования (EBUS-FNA) и в части случаев иммуноцитохимических методов исследования.

Результаты исследования. В 2014 году у пациентов с подозрением на злокачественное новообразование легких выполнено 42 эндобронхиальных ультразвуковых обследования конвексным эндоскопом. Из 42 пациентов у 30 пациентов выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия. Морфологическая диагностика новообразования с применением жидкостного иммуноцитохимического метода выполнена у 16 из 30 больных (53,3%). У 6 пациентов (37,5%) был диагностирован плоскоклеточный рак легкого, у 4 (25%) – мелкоклеточный рак, у 3 больных (18,75%) – немелкоклеточный рак, у 2 пациентов (12,5%) диагностирована аденокарцинома легкого. У 1 пациентки (6,25%) узел в легком верифицирован как метастаз злокачественного новообразования молочной железы.

Заключение: Трансбронхиальная тонкоигольная аспирационная биопсии является малотравматичным вмешательством. Применение иммуноцитохимического исследования при трансбронхиальной тонкоигольной аспирационной биопсии обладает высокой информативностью. Верификация злокачественного процесса достигает 53%.

Болезнь Педжета

Кулешова С.В., Алтаева А.А., Минушкина Л.О.

Поликлиника №2 Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Болезнь Педжета (БП) молочной железы встречается у женщин и мужчин, но в большинстве случаев встречается у женщин. По гистологической классификации (WHO 2012) БП относится к опухолям соска. В приведенном клиническом примере изменения обнаруживались только в области сосково-ареолярного комплекса. Выделения из соска отсутствовали, втяжение соска также не отмечалось. Сообщение о наблюдении БП из собственной поликлинической практики, когда в виду отсутствия опухолевого узла в молочной железе диагноз был поставлен по результатам цитологического исследования.

Клинический случай.

Пациенка К., 1937 года рождения. Обратилась к дерматологу с высыпаниями на коже ареолы правой молочной железы без субъективных ощущений. Данные изменения отмечает более года. Также в настоящее время пациентка наблюдается аллергологом по поводу аллерговысыпаний (в ремиссии в настоящее время на фоне проводимой терапии), однако процесс на коже молочной железы остается торпидным на фоне дексаметазона и антигистаминных препаратов. При осмотре на коже в области ареолы правой молочной железы отмечается отечность, гиперемия, шелушение, бляшка с незначительной инфильтрацией с нечеткими контурами, неправильных очертаний. По заключениям уз-исследований и маммографии фиброзно-жировые инволютивные изменения молочных желез. Проведено цитологическое исследование соскобов с поверхности соска. Цитологический диагноз (рак из клеток железистого эпителия) проконсультирован профессором Шапиро Н.А. и Славновой Е.Н. Цитологическая диагностика рака Педжета в типичных случаях не представляет сложностей. При полных клинических данных, адекватном соскобе с эрозированной поверхности соска удается получить положительный результат. В описанном клиническом случае диагноз был установлен на основании цитологического исследования, т.к. все остальные методы не были информативными.

Диагностический поиск при первично-метастатическом поражении лимфоузлов шеи

Куликов Е.П., Захаркина Т.В.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Рязань

Проблема поиска первичного очага при метастатическом поражении лимфоузлов шеи имеет большую практическую значимость, поскольку от своевременного получения информации о локализации первичной опухоли, а также распространенности опухолевого процесса зависит выбор адекватной тактики лечения и его эффективность. Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики, доля первично-метастатического поражения лимфоузлов шеи (ПМПЛШ) остается неизменной и составляет 3–7% среди пациентов с опухолями головы и шеи. Большой практический интерес представляет исследование эффективности различных методов диагностики в поиске первичного очага

Нами была изучена роль различных диагностических методов, позволивших выявить первичную опухоль при ПМПЛШ. Было проанализировано 75 пациентов с метастатическим поражением лимфоузлов шеи, у которых впоследствии реализовался первичный очаг. Средний возраст больных составил 58 лет. При этом преобладали мужчины – 80%. Во всех случаях метастатическое поражение лимфоузлов шеи было подтверждено морфологически, по данным гистологического (93%) и цитологического (7%) исследований. По гистологической структуре больные распределены следующим образом: метастазы плоскоклеточного рака различной степени дифференцировки встречались у 68% больных, аденокарциномы у 16%, недифференцированного рака у 6%, папиллярного у 4%, аденоплоскоклеточного у 3% и мелкоклеточного у 3% больных. Всем пациентам с целью поиска первичного очага был проведен комплекс общеклинических, инструментальных и лучевых методов обследования. Первичный очаг у пациентов был выявлен в ходе лечения,

последующего динамического наблюдения, либо после совмещенной позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии (ПЭТ-КТ) в сроки от 1 месяца до 5 лет. В большинстве случаев первичная опухоль локализовалась в области головы и шеи. У 23 человек первичный очаг был выявлен с помощью ПЭТ-КТ и в дальнейшем подтвержден при прицельном дообследовании. У остальных выявлению первичного очага способствовали фиброларингоскопия, иммуногистохимическое исследование биоптата лимфоузла, компьютерная томография.

Таким образом, считаем, что в алгоритм обследования больных с ПМПЛУШ должны быть включены ПЭТ-КТ и фиброларингоскопия.

Синдром анемии у больных с колоректальным раком

Куликов Е.П., Зубарева Т.П., Максаев Д.А.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Рязань

В настоящее время все большее внимание уделяется синдрому анемии при колоректальном раке. Это обусловлено проводимыми исследованиями связи между анемией и течением опухолевого процесса, а также изучением отрицательного влияния низкого уровня Hb на выживаемость и на результаты лечения больных с данной патологией.

Целью исследования является анализ заболеваемости колоректальным раком, оценка распространенности анемического синдрома у пациентов.

Использованы статистические данные организационно-методического отдела ГБУ РО ОКОД. Изучен катамнез 84 пациентов в возрасте от 32 до 89 лет, страдавших колоректальным раком и находившихся на лечении в хирургических отделениях ГБУ РО ОКОД в 2015 году. Для стадирования опухолевого процесса использовали 7-е издание классификации TNM (2010). У 53 (63%) больных зарегистрирована анемия различной степени тяжести. Анемия легкой степени наблюдалась у 42 (79,24%), средней степени – у 7 (13,22%), тяжелой степени – у 4 (7,54%) больных.

Изучили больных с синдромом анемии. В подавляющем большинстве случаев первичная опухоль локализовалась в сигмовидной кишке – 39,6%, далее по частоте поражения следовали прямая кишка – 24,5%, восходящая ободочная – 13,2%, поперечная ободочная – 9,4%, слепая кишка и печеночный угол ободочной кишки – по 7,5%, селезеночный угол ободочной кишки и нисходящая ободочная кишка – по 5,7%.

Местная распространенность опухоли с прорастанием в висцеральную брюшину (T4a) – у 7 (13,2%) больных, с прорастанием в другие органы и структуры (T4b) – у 9 (17%) больных. Выход опухоли на серозную оболочку кишечника (T3) выявлен у 26 (49,1%). Опухоль не выходила за пределы стенки кишечника (T2) только в 10 (18,9%) случаях, поражение только слизистой оболочки кишки (T1) не обнаружилось. 1 пациент с преинвазивной карциномой (Tis) – 1,0%. Наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах было подтверждено морфологически у 23 (43,4%) человек. Отдаленные метастазы выявлены у 13 (24,5%) человек. В большинстве случаев они локализовались в печени, яичниках, матке, легких. Опухоль была морфологическая верифицирована в 53 случаях (100%). По строению большинство новообразований было представлено умеренно-дифференцированной аденокарциномой.

Вывод: таким образом, больше чем у половины больных, вошедших в исследование, была выявлена анемия различной степени тяжести, что требует коррекции для специального противоопухолевого лечения.

Сфинктеросохранные операции в лечении больных низким раком прямой кишки

Куликов Е.П., Каминский Ю.Д., Клевцова С.В., Судаков И.Б., Мерцалов С.А., Рязанцев М.Е.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Рязань

Развитие хирургических технологий и внедрение предоперационной химиолучевой терапии (ХЛТ) сделали возможным выполнение сфинктеросохранных операций (ССО) и сокращение удельного веса брюшно-промежностных экстирпаций (БПЭ) у больных низким раком прямой кишки (РПК). Для оценки целесообразности сохранения замыкательного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна при низком РПК нами проанализированы данные 104 больных с низким РПК, пролеченных с 2011 по 2016 гг. в РОКОД. БПЭ выполнена 45 пациентам, из них экстралеваторная 9; ССО выполнены у 59 пациентов, в том числе низкая передняя резекция (НПР) – 30, наданальная проктэктомия (НПЭ) – 23; брюшно-анальная резекция (БАР) с низведением – 6. Доля больных с III–IV стадиями в группах БПЭ и ССО составила 44,4% и 45,7%. Предоперационная ХЛТ проводилась в 35,5 и 50,8% соответственно. Средняя продолжительность операции составила: при БПЭ – 185,9 мин, при ССО – 195,6 мин. Интраоперационная кровопотеря при БПЭ – 791,9 мл, при ССО – 370 мл. Наибольшее число интраоперационных осложнений наблюдалось при выполнении БПЭ, в основном за счет перфорации кишки и кровотечения. При НПЭ трижды возникал разрыв культи анального канала при наложении аппаратного колоанального анастомоза. Несостоятельность швов анастомоза отмечена при НПР в 6 случаях, при НПЭ – в 5. Послеоперационная летальность среди всех больных – 1%, умер 1 пациент на 3 сутки от острой сердечно-сосудистой недостаточности после БПЭ. Послеоперационный койко-день составил: при БПЭ – 19, ССО – 14. Местный рецидив развился в 8,9% случаев после БПЭ и у 11,8% после ССО. Во всех случаях при развитии местного рецидива у больных с ССО выполнена экстирпация колоанального/колоректального анастомоза. Отдаленные метастазы возникли у 20% больных в группе БПЭ и 10% после ССО. Предварительная оценка функциональных результатов после ССО показала, что у 70% пациентов через 6 месяцев после операции восстанавливается удовлетворительная работа сфинктера прямой кишки. Выполнение

ССО при низком РПК не сопровождается увеличением числа интра-/послеоперационных осложнений, не приводит к увеличению частоты отдаленного метастазирования и позволяет добиться удовлетворительных функциональных результатов.

Влияние генетического полиморфизма и мутаций некоторых генов на развитие и течение колоректального рака

Куликов Е.П., Никифоров А.А., Мерцалов С.А., Судаков И.Б., Каминский Ю.Д., Судаков А.И.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Рязань

Современные представления о канцерогенезе определяют его как многоступенчатый процесс накопления генетических мутаций, приводящий к изменению функциональных свойств клетки (приобретению нормальной клеткой свойств опухолевой). Среди них ведущими выделяют мутации непосредственных онкогенов, онкосупрессоров, а также группы мутаторных генов, отвечающих за геномную стабильность и репарационные возможности клетки.

Нами проведен анализ генетического полиморфизма и мутаций у 60 больных колоректальным раком, включающий исследование таких генов как p53, EGFR, VEGF и генов системы репарации (MTHFR, XPD, ERCCI и др.). Проведена оценка их частоты встречаемости среди различных групп пациентов и степень их корреляции с развитием и течением болезни. Анализ включал группы сравнения по возрасту, полу, стадии заболевания, наличию в анамнезе предрасполагающих факторов риска, эффективности предоперационной терапии, склонности опухоли к инвазивному росту и метастазированию. Всего проведено более 700 исследований.

Были выявлены закономерности близкие к статистически достоверным, связанные с частотой встречаемости мутаций в группах сравнения. Многофакторный анализ показал особенности гендерных и возрастных различий, отмечена корреляция возрастания общего числа мутаций у больных с более высокой стадией опухолевого процесса, наличием фактора работы на вредном производстве, отягощенной наследственности по колоректальному раку. При анализе же влияния курения отмечена обратная зависимость, что может свидетельствовать об иных повреждающих действиях и мишенях при возникновении онкопатологии у курильщиков. В отношении мутации P53 и CHEK2 показана прямая и соответственно обратная зависимость степени лечебного патоморфоза опухоли при неоадъювантной терапии.

Вышесказанное дает возможность сделать предположение о влиянии индивидуальных генетических факторов на особенности развития и течения болезни у больных колоректальным раком, что при современных возможностях иммуногистохимических и молекулярно-генетических методов может способствовать проведению раннего скрининга опухолей данной локализации и переходу к персонифицированной терапии онкобольных.

Выживаемость больных колоректальным раком с отдаленными местастазами после паллиативных операций

Куликов Е.П., Рязанцев М.Е., Веркин Н.И., Головкин Е.Ю., Порватова М.А., Мерцалов С.А., Демко А.Н.

Рязанский государственный медицинский университет, Рязань;
Областной клинический онкологический диспансер, Рязань

Актуальность исследования обусловлена высоким уровнем заболеваемости, запущенности и необходимостью изучения результатов паллиативного хирургического лечения, распространенного колоректального рака.

Материалы и методы. Методом ретроспективного обзора были отобраны 364 пациента с метастатическим колоректальным раком, прооперированные в период с 2007 по 2013 год. Оцениваемые параметры: медиана выживаемости, погодичная выживаемость.

Результаты: 364 отобранных случая были разделены на две группы. В первую группу включены 58 (15,9%) пациентов, которым были выполнены паллиативные резекции. Во вторую вошли 306 (84,1%) пациентов, перенесших симптоматические операции, из которых у 52 (17,0%) сформированы обходные анастомозы, у 254 (83,0%) – проксимальные стомы. Послеоперационная химиотерапия в стандартных режимах была проведена у 32 (69,6%) больных в группе паллиативных резекций, и лишь у 51 (18,3%) пациента из группы симптоматических операций ($p < 0,05$).

После исключения из анализа случаев послеоперационной летальности была исследована выживаемость 325 пациентов. В группе паллиативных резекций медиана выживаемости составила 10,0 месяцев, в группе симптоматических операций – 5,1 месяца. Однолетняя выживаемость в группе паллиативных резекций была выше, чем в группе симптоматических операций – 37,0 и 18,3% соответственно ($p = 0,0119$).

Для уточнения факторов, оказывающих влияние на выживаемость, каждая из групп больных была стратифицирована в зависимости от наличия или отсутствия послеоперационной химиотерапии. В группе паллиативных резекций одногодичная выживаемость пациентов, получавших химиотерапевтическое лечение, составила 46,9%, что достоверно выше, чем у пациентов, ее не получавших – 14,3% (p = 0,0487). В группе симптоматических операций, одногодичная выживаемость пациентов, получавших химиотерапию выше, чем при ее отсутствии – 64,7 и 8,3% соответственно ($p = 0,0001$). Медиана выживаемости после выполнения паллиативных резекций с последующей химиотерапией составила 12,0 месяцев; без химиотерапевтического лечения – лишь 5,0 месяцев ($p = 0,0051$). Медиана выживаемости после выполнения симптоматических операций с последующей химиотерапией составила 13,5 месяцев; без нее – 4,0 месяца ($p = 0,0001$).

Таким образом, показано преимущество паллиативных резекций перед симптоматическими операциями. Комбинированное лечение является важным фактором, улучшающим выживаемость.

Учет индивидуальных особенностей при неоадъювантной терапии больных аденокарциномой прямой кишки

Куликов Е.П., Рязанцев М.Е., Судаков И.Б., Бичерова Т.П., Каминский Ю.Д., Судаков А.И.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Рязань

Современными стандартами в лечении больных раком прямой кишки является сочетание хирургии с предоперационной лучевой или химиолучевой терапией (ЛТ/ХЛТ). Целями ЛТ является проведение оперативного пособия в условиях хирургической абластики, а также уменьшение размеров первичной опухоли, что в ряде случаев дает хирургу возможность выполнения сфинктеросохранных операций. Ключевыми вопросами, стоящими перед радиотерапевтами, являются выбор оптимального режима облучения, прогнозирование его эффективности, а также оптимальных сроков выполнения оперативного пособия.

Нами проведен анализ результатов комбинированного лечения 55 пациентов, получавших предоперационную ЛТ в условиях ГБУ РО ОКОД по поводу аденокарциномы прямой кишки. Облучение проводилось на линейном ускорителе фотонами высоких энергий, поля и суммарные дозы соответствовали стандартам. При оценке эффективности лечения использовались 2 ведущих критерия – оценка по шкале RECIST, включающая инструментальные методы визуализации опухоли, а также патоморфологическая характеристика степени лечебного патоморфоза (ЛП) в послеоперационном материале.

Среди больных были выделены группы с различными методиками расчета облучения (3D-планирование/IMRT) и режимами фракционирования, с использованием фторпиримидинов или без, по времени выполнения операции после окончания ЛТ, сочетания с неоПХТ. Также проведена корреляция со следующими особенностями течения болезни: степенью дифференцировки опухоли (G), патологоанатомической стадией (pTNM), рядом молекулярно-генетических факторов, выраженностью лучевых реакций и т.д.

Выявлены закономерности и взаимосвязь между изучаемыми параметрами. Показана высокая роль химиопрепаратов как радиомодификаторов в лечении этой категории больных, выявлены определенные преимущества классического режима фракционирования для выполнения сфинктеросохранных операций при низких опухолях, подобраны оптимальные сроки хирургического пособия – 8–10 неделя. Показана связь выраженности лучевых реакций, как предиктора индивидуальной чувствительности пациента к ДЛТ, коррелируемая с высокой степенью ЛП.

Таким образом, учет индивидуальных особенностей опухоли, оптимизация неоадъювантной ХЛТ при раке прямой кишки могут улучшить отделенные результаты лечения этих пациентов, а также повысить качество их жизни за счет увеличения числа сфинктеросохранных операций.

Особенности преподавания предмета «паллиативная медицинская помощь в онкологии» для студентов медицинских вузов

Куликов Е.П., Судаков И.Б., Каминский Ю.Д., Мерцалов С.А., Демко А.Н., Судаков А.И.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Рязань

Возрастающая роль врачей и первичного звена в оказании паллиативной помощи требуют обязательного освещения основных вопросов и принципов этого раздела медицины при обучении студентов-медиков.

С 2014 года кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики ФДПО Рязанского медицинского университета им. И.П. Павлова проводит элективные циклы «паллиативная медицинская помощь в онкологии» для студентов 6 курса лечебного факультета. Целью данной программы является обучение студентов знаниям и навыкам, способствующим обеспечению максимально возможного качества жизни для каждого неизлечимого пациента и членов его семьи. Эта цель достигается путем выполнения учебного плана, включающего 48 аудиторных (34 практических и 14 лекционных) часов, что позволяет студентам изучить основные вопросы оказания паллиативной медицинской помощи в онкологии, в том числе нормативные документы, регламентирующие оборот и правила выписки наркотических анальгетиков.

Теоретическая и практическая подготовка осуществляется путем работы на лекциях и практических занятиях, аудиторной самостоятельной работы под руководством преподавателя и внеаудиторной подготовки (24 часа). В лекционный курс включены 7 обзорных и демонстрационных лекций.

Темы лекций определяют тематику практических занятий. С целью контроля и мониторинга знаний и степени усвоения материала студентами применяются тестовые задания. В качестве самостоятельной подготовки обучающимся предложены соответствующие темы рефератов.

Вопросы оказания паллиативной медицинской помощи актуальны для всех разделов клинической медицины. Многие положения данного курса позволяют развить навыки, широко применимые в других областях врачебной работы.

Реконструктивный компонент в хирургическом лечении пациентов со злокачественными новообразованиями полости рта

Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е.Л., Гарбуков Е.Ю., Мухамедов М.Р., Хавкин Н.М.

Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск

Цель. Вопросы лечения и реабилитации больных с опухолями органов головы и шеи остаются сложной проблемой современной клинической онкологии. Возмещение послеоперационных дефектов полости рта, включая структуры верхней и нижней челюсти у онкологических больных, является наиболее сложной проблемой современной реконструктивной хирургии.

Материалы и методы. Проведен анализ 59 больных с раком полости рта, которым было выполнено хирургическое лечение с последующей реконструкцией дефектов полости рта в период с 2008 по 2015 гг. Всего выполнено 64 микрохирургических реконструкции (5 больных выполнено по две реконструкции). По стадиям: T2 – 13; T3 – 17; T4 – 29. По наличию регионарных метастазов в лимфатические узлы шеи: N1 – 10, N2 – 5.

По локализации опухолевого процесса больные распределись следующим образом: язык – 18%; слизистая альвеолярного отростка нижней челюсти – 31%; альвеолярный отросток верхней челюсти – 8%, верхняя и нижняя губа и слизистая щеки – 25%, слизистой дна полости рта – 22%. По локализации дефекта, требующего реконструкции, пациенты распределились следующим образом: язык и дно полости рта – 14 случаев; нижняя челюсть – 20 случаев, нижняя челюсть и язык – 12 случаев, нижняя челюсть и щека – 9 случаев, верхняя челюсть – 3 случая. В качестве реконструктивного материала использовались свободные реваскуляризированные лоскуты: костно-кожный малоберцовый лоскут – 26; кожно-фасциальный лоскут с передне-боковой поверхности бедра – 14; лучевой лоскут – 8; кожно-мышечный торакодорзальный лоскут – 2; лоскут из большого сальника – 1; костный лоскут из гребня подвздошной кости – 1; кожно-костный лопаточный лоскут – 2, суральный кожно-фасциальный перфорантный лоскут – 5. Также нами использовались перемещенные (на ножке) лоскуты: подбородочный лоскут – 3; кожно-мышечный пекторальный лоскут – 2.

Результаты. Функциональные результаты: приемлемо понятная речь восстановлена у 100%; нормальное глотание, жевание, обычная диета – 93%; открывание рта, подвижность языка (за счет оставшейся части), без выраженного слюнотечения – 93%; дыхание через естественные пути восстановлено у всех (100%) больных; симметрия лица восстановлена – 70% (8 случаев потери костного лоскута).

Рецидивы после проведенного лечения отмечены в 14 случаях (23%).

Заключение. Реконструктивные операции улучшают функциональные результаты и качество жизни прооперированных пациентов.

Оптимизация паллиативной и симптоматической помощи пациентам с распространенными формами злокачественных опухолей

Курченкова О.В., Важенин А.В., Мирончено М.Н., Фадеева Н.В., Саевец В.В., Шмыгина О.С., Мамонова О.А., Маслихов И.А., Исаева Г.К., Андриевских М.И.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Введение. Последние научные исследования документируют роль химиотерапии в обеспечении контроля за симптомами заболевания, продлении и улучшении качества жизни у пациентов с неизлечимыми злокачественными новообразованиями.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность паллиативной химиотерапии и стандартных методов противоболевой терапии прогрессирующих форм рака молочной железы (РМЖ) с наличием болевого синдрома с применением клинико-экономического анализа.

Материалы и методы. Основой работы явилось проведение сравнительной оценки клинической эффективности паллиативной химиотерапии и стандартных методов противоболевой терапии у пациентов с распространенными формами РМЖ, почавших 3 и более линии противоопухолевой лекарственной терапии. Качество жизни больных определялось при помощи опросников с учетом шкалы EORTC QLQ – C 30. Одновременно проводился сравнительный клинико-экономический анализ с расчетом затрат на лечение с применением паллиативной химиотерапией и стандартных методов противоболевой терапии с использованием методов анализа «затраты–эффективность», анализа «затраты–полезность», анализа «влияния на бюджет», анализа «упущенных возможностей» и выявить предпочтительную схему лечения пациентов со злокачественными новообразованиями. Проведен сравнительный клинико-экономический анализ применения ПХТ у пациентов с распространенными формами РМЖ. Проанализированы прямые и непрямые затраты на паллиативное лечение.

Выводы. Впервые в клинической практике проведена комплексная, сравнительная оценка эффективности применения паллиативной химиотерапии и стандартных методов противоболевой терапии. Паллиативная лекарственная терапия в сочетании с противоболевым лечением способна увеличить выживаемость диссеминированных больных РМЖ на месяцы и годы с удовлетворительным качеством их жизни.

Изменение числа копий гипервариабельного участка D-петли митохондриальной ДНК у пациентов с аденокарциномой легкого в плазме крови

Кутилин Д.С.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

В настоящее время проблема ранней диагностики рака легкого остается не решенной: у 80% больных опухоль диагностируется уже при наличии отдаленных метастазов. Исследование копийности генов во внеклеточной ДНК плазмы крови больных может обеспечить данными, необходимыми для формирования панели новых высокоспецифичных онкомаркеров, которые можно будет использовать для предиктивной диагностики, планирования стратегии лечения и прогнозирования развития заболевания. В опухолевых клетках может наблюдаться снижение числа копий митохондриальной ДНК (мтДНК), относительно нормальных клеток, оцениваемое по изменению относительной копийности локуса HV2 (гипервариабельный участок D-петли в мтДНК). Однако в настоящее время отсутствуют данные о копийности этого локуса во внеклеточной ДНК у больных раком легкого и у здоровых доноров. Поэтому целью нашего исследования стало изучение относительной копийности локуса HV2 во внеклеточной ДНК здоровых и больных раком легкого доноров.

Материалы и методы. Клиническим материалом для исследования послужила плазма крови 15 пациентов с гистологически подтвержденным диагнозом аденокарцинома легкого (степень дифференцировки G1), взятая до операции, а также плазма крови 12 условно здоровых доноров (без онкологических заболеваний). Из плазмы крови ДНК выделяли фенол-хлороформным методом. Определение относительной копийности локуса HV2 проводили методом RT-qPCR (референсный ген GAPDH). Оценку достоверности различий проводили с использованием критерия Манна-Уитни.

Результаты. Во внеклеточной ДНК у 95% пациентов с аденокарциномой легкого обнаружено достоверное ($p < 0,0005$) снижение в 26,3 раза количества копий HV2 (гипервариабельный участок с 33 по 160 нуклеотид D-петли мтДНК) по сравнению с внеклеточной ДНК условно здоровых доноров.

Выводы. Снижение копийности локуса HV2 во внеклеточной ДНК пациентов с аденокарциномой легкого, вероятно, отражает молекулярно-генетические особенности опухолевого процесса в тканях легкого (снижение интенсивности процессов окислительного фосфорилирования), и имеет потенциал к использованию для малоинвазивной предиктивной диагностики, планирования стратегии лечения и прогнозирования развития данного заболевания.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 16-34-00267 мол_а.

Траскрипционный профиль раково-тестикулярных антигенов у больных раком молочной железы разного возраста

Кутилин Д.С., Водолажский Д.И., Никитина В.П., Могушкова Х.А., Солдатова К.И., Кит О.И.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Введение. В мире ежегодно регистрируют до 1 млн новых случаев рака молочной железы (РМЖ), что делает данную патологию самой распространенной среди онкологических заболеваний у женщин. Иммунотерапевтические подходы, направленные на раково-тестикулярные антигены (РТА), становятся перспективным направлением в борьбе за снижение смертности от РМЖ. Поэтому целью исследования стал скрининг специфичных для опухолевой ткани молочной железы РТА на основе анализа транскрипционного профиля раково-тестикулярных генов у пациенток разного возраста.

Материалы и методы. В исследовании использовали парные операционные биоптаты нормальных и опухолевых тканей молочной железы 25 пациенток в возрасте 38–85 лет (50 образцов). Суммарную РНК выделяли по методу P. Chomczynski и N. Sacchi (2006). Для синтеза кДНК использовали набор реагентов «РЕВЕРТА-L» (Россия, «Интерлабсервис»). Определение относительной экспрессии 17 генов (*MAGEA1, MAGEA2, MAGEA3, MAGEA4, MAGEB1, MAGEB2, GAGE1, GAGE3, GAGE4, MAGEC1, BAGE, CTAG1B, XAGE3, NY-ESO1, SSX2, SYCP1, PRAME1*) проводили методом Real-Time qPCR (референсный ген – GAPDH). Статистический анализ проводили с использованием критерия Манна-Уитни.

Результаты. Обнаружено статистически достоверное ($p < 0,05$) увеличение экспрессии генов *РТА MAGEA3, MAGEA4* и *GAGE3* в 2,7 (у 63% пациентов); 2,7 (у 42% пациентов) и 2,9 (у 58% пациентов) раза соответственно в опухолевой ткани молочной железы относительно нормальной ткани у пациенток в возрасте 38–85 лет. Интересные данные были получены при дроблении выборки на две группы: группу 1 – пациентки до 55 лет (медиана возраста 45 лет, $n = 14$) и группу 2 – пациентки старше 55 лет (медиана возраста 68 лет, $n = 11$). В группе 1 наблюдается достоверное увеличение экспрессии гена *MAGEA3* в 2,8 раза ($p < 0,05$, у 64% пациентов), в группе 2 – достоверное ($p < 0,05$) увеличение экспрессии генов *MAGEA1, MAGEB1, GAGE1, GAGE3, BAGE* и *CTAG1B* в 6,0 (у 75% пациентов), 3,2 (у 63%), 4,3 (у 75%), 9,9 (у 75%), 1,6 (у 63%) и в 4,0 (у 75%) раза соответственно в опухолевой ткани относительно нормальной ткани молочной железы.

Заключение. Обнаруженное увеличение экспрессии генов *MAGEA1, MAGEA3, MAGEA4, MAGEB1, MAGEB2, BAGE, CTAG1B, GAGE1* и *GAGE3*, создает предпосылки для использования этих РТА в качестве наиболее эффективной мишени иммунотерапии РМЖ, причем для разных возрастных групп пациенток в качестве такой мишени выступают разные РТА.

Сравнительная характеристика протеомного профиля у больных метастатическим и не метастатическим колоректальным раком

Кутилин Д.С., Водолажский Д.И., Харин Л.В., Кит О.И.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Введение. За последние 20 лет во всем мире число смертей от колоректального рака увеличилось на 46%: ежегодно более чем у 1 миллиона человек диагностируется эта паталогия. Протеомные исследования (с использованием белковых микрочипов) являются очень привлекательной стратегией для скрининга новых высокоспецифичных биомаркеров, позволяющих улучшить прогнозирование течения колоректального рака.

Цель данной работы – проведение скринингового протеомного исследования для поиска новых информативных биомаркеров метастатического и не метастатического колоректального рака, которые в последствии могут быть использованы в рутинных гистохимических исследованиях.

Материалы и методы. Для исследования использовали образцы опухолевых и не пораженных опухолью тканей 20 пациентов с гистологически подтвержденным диагнозом аденокарцинома толстой кишки: 10 пациентов без метастазов и 10 пациентов с метастазами в лимфоузлы брыжейки. Экстракцию, маркировку и гибридизацию белков на слайде, содержащем 224 антитела к ключевым клеточным белкам, проводили с использованием набора Panorama Antibody Microarray – Cell Signaling Kit, а сканирование – с использованием GenePix 4100A. Полученные данные анализировались с использованием программного обеспечения GenePixTMPro 6.0, для статистического анализа использовали критерий Манна-Уитни.

Результаты. В опухолевой ткани больных колоректальным раком с метастазами обнаружено достоверное ($p < 0,05$) увеличение экспрессии белков C-myc, SMAD4, PCAF, Adaptin (b1+b2), FAK Phospho (pY577), PKC g и Phospho-Pyk2 (pY579/580) в 2,1; 1,5; 1,5; 1,5; 2,7 и 1,6 раза соответственно по сравнению с условно нормальной тканью кишки. В опухолевой ткани пациентов без метастазов обнаружено достоверное ($p < 0,05$) увеличение экспрессии белков NGFR p75 (Nerve Growth Factor Receptor) в 3,8 раза и Phospho-Ta (pS199/202) в 1,9 раза по сравнению с условно нормальной тканью кишки.

Заключение. В ходе проведенного исследования обнаружено изменение протеомного профиля в малигнизированной ткани толстой кишки, причем протеомный профиль значительно отличается в опухолевых тканях больных с метастазами и без. Всего обнаружено изменение экспрессии 9 белков, дифференциальное в каждой группе пациентов (с метастазами и без). Данные белки имеют высокий потенциал в качестве биомаркеров для прогнозирования течения колоректального рака.

Наш опыт применения программы «fast track» при различных урологических и онкоурологических вмешательствах

Кутлуев М.М., Сафиуллин Р.Р.

[1]Клинический госпиталь «Мать и Дитя Уфа», Уфа; [2]Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Введение. Использование мультимодальной программы (fast track) позволяет снизить болевой синдром, стресс, интервенционизм для пациентов, перенесших оперативное вмешательство, компенсирует стоимость операции за счет снижения сроков медицинского ухода и количества дней госпитализации.

Цель исследования. Определить возможности использования «fast track» в условиях частной медицинской практики.

Материалы и методы. Элементы «fast track» применялись у 15 пациентов: 6 – с опухолями почек, 9 – с мочекаменной болезнью. Были выполнены 4 лапароскопические резекции опухолей почек, 2 лапароскопические нефрэктомии, 9 трансуретральных уретерореноскопий с литоэкстракцией. Все пациенты по характеру вмешательства были разделены на 2 группы: 1 гр. – лапароскопические, 2 гр. – эндоскопические.

Результаты. В I и II гр.: средний возраст – 56,67 ± 8,38 и 57,25 ± 10,91; продолжительность операции, (мин) – 118,33 ± 13,39 и 36,25 ± 7,59; кровопотеря, (мл) 383,3 ± 78,04 и 0; длительность дренажирования, (сут) 1,3 ± 0,41 и 3,5 ± 1,73; госпитализация, (сут.) 3 и 1,25 ± 0,29; соответственно. Энтеральное питание начиналось в первый день после операции. Во 2 гр. было одно послеоперационное осложнение IIIa ст. (по классификации Clavien-Dindo) потребовавшее дополнительной манипуляции, в I гр. 1 интраоперационное осложнение – кровопотеря, не потребовавшая дополнительных гематрансфузий.

Обсуждение. Использование «fast track» – раннее удаление дренажа, раннее энтеральное питание и т.п. оказало благоприятный эффект на течение послеоперационного периода, позволило уменьшить стоимость лечения.

Заключение. Использование программы ранней реабилитации пациентов позволяет сократить сроки госпитализации, что является существенным моментом в условиях частной практике. Работа в одной команде с анестезиологами-реаниматологами, хирургами, средним и младшим медицинским персоналом является необходимым атрибутом для программы «fast track».

Новый подход в лечении лимфостаза у онкологических больных

Кучерова Т.Я., Вусик М.В., Черемисина О.В.

НИИ онкологии Томского Научного исследовательского медицинского центра, Томск

Цель работы: разработать метод лечения разной степени лимфостаза с использованием магнитолазера у больных раком молочной железы.

Материалы и методы. Исследования проведены у 88 больных в различные сроки после операций по поводу рака молочной железы с различной степенью лимфостаза руки. Мастэктомия выполнена 61 (69,3%) пациенту и 27 (30,7%) больным проведена органосохранная операция. При легкой степени лимфостаза назначался только один магнитолазер, а при более тяжелых вариантах последовательно присоединяли скэнар- терапию. Для оценки лечебного эффекта ежедневно проводилось измерение окружности руки до и после лечения. Основной жалобой, предъявляемой пациентами, было чувство тяжести и отека со стороны больной руки. У 15 (17%) больных наблюдалось ограничение движения в плечевом суставе по причине отека руки, изменение чувствительности у 12 (13,6%) больных, слабые болевые ощущения в зоне плечевого сустава у 26 (29,5%) человек. В период проведения лечения первые признаки улучшения наблюдались при первой степени лимфостаза после первых 3–5 процедур, при более тяжелых формах после первых 5–8 процедур, которые характеризовались уменьшением отека и исчезновением жалоб. По завершению лечебного курса при 1 степени лимфостаза у всех больных полностью купировался отек руки. При наличии 2 степени лимфостаза отек полностью купировался в 50% случаев. При наличии 3 и 4 степени лимфостаза купирование отека руки не происходило, а наблюдалось его уменьшение (на 1–4 см и 0,5–1 см в диаметре соответственно), улучшались или полностью восстанавливались движения в плечевом суставе в 45% случаев. По результатам отдаленных наблюдений прослежено сохранение лечебного эффекта на протяжении года. Проведение последующих повторных курсов лечения позволило удвоить степень эффективности лечения, которое характеризовалось уменьшением степени лимфостаза.

Заключение. Таким образом, применение магнитолазерной терапии позволили при легкой степени полностью снять явления лимфостаза, а при тяжелых формах уменьшить его степень. При использование предложенной технологии открылись возможности отказаться от применения медикаментозных препаратов, сократились сроки реабилитации больных в послеоперационном периоде и улучшить уровень качества жизни пациентов.

Новые подходы к улучшению ранней диагностики злокачественных новообразований

Лазарев А.Ф.

Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул

Несмотря на введение множества современных методов обследования пациентов в последние годы, существенного улучшения ранней диагностики и снижения запущенности целого ряда злокачественных новообразований (рака легкого, желудка и др.) не произошло. Это связано с тем, что методы, позволяющие обнаружить ЗО в самом начале своего развития (КТ, МРТ, ПЭТ) очень дорогостоящие и для массового применения не доступны. Используемые же в рутинной практике: флюорография, рентгенография, УЗИ и др. – выявить рак в ранней стадии в большинстве случаев не могут. Поэтому нами предложен двухэтапный подход к ранней диагностике ЗН. На первом этапе осуществляется формирование группы пациентов с высоким онкологическим риском, а затем в ней проводится целевой углубленный поиск злокачественного новообразования. Формирование группы высокого онкологического риска осуществляется путем: составления индивидуальной карты факторов онкологического риска, формирования таблицы онкорисков с указанием степени влияния каждого фактора с последующим определением уровня онкологического риска (в %) по оригинальной формуле:

S = (P1+P2+…+Pn) x 100% / n, где

S – величина онкологического риска (в %)

Pi – фактор онкориска (i от 1 до n)

n – число факторов

В качестве факторов онкориска взяты уже доказанные признаки при каждой нозологической форме, определена степень влияния каждого (в баллах), по ним составлены таблицы онкорисков. Опытным путем на 10 000 больных ЗН и 5000 здоровых (контроль) установлено 5 уровней онкологического риска:

I уровень (< 25%) – низкий;

II уровень (25-49%) – пониженный;

III уровень (50-84%) – средне популяционный;

IV уровень (75-99%) – повышенный;

V уровень (100% и выше) – высокий.

Исходя из полученных результатов, мы рекомендуем включить на второй этап углубленных исследований пациентов, имеющих уже высокий уровень риска. Эта группа включает в себя 60–80% всех первичных больных ЗН.

Сформированный на данной основе в КГБУЗ АКОД регистр предрака высокого риска включает в себя 8278 пациентов у которых при углубленном обследовании выявлено 443 больных ЗН; из них с I-II стадией ЗН – 97,5%.

Данный подход позволил резко снизить контингент пациентов на дорогостоящие, углубленные обследования и повысить эффективность проводимых профосмоторов.

Оценка динамики эффективности онкологической помощи в Алтайском крае и Сибирском федеральном округе

Лазарев А.Ф.

Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул

Совершенствование методов диагностики и лечения злокачественных новообразований неизменно связано с увеличением финансовых и материальных затрат, что закономерно ставит вопрос об эффективности и целесообразности этих вложений. Для этого необходимо четко определить критерии эффективности работы онкологи-

ческой службы в том или ином регионе и их динамику в процессе развития службы. Самостоятельным критерием эффективности работы онкологической службы и уровня онкологической помощи в целом в настоящее время служат отдельные ее показатели: заболеваемость, запущенность, смертность. Но они по отдельности не могут объективно отразить многогранную деятельность всей системы организации онкологической помощи, так как делают акцент только на одной грани этого процесса, часто мало зависимой от работы специализированной медицинской службы.

Нами была предложена комплексная оценка эффективности специализированной помощи (Рэ) в зависимости от уровня критериев позитивного (ai) и негативного (bj) ряда по оригинальной формуле:

Рэ= (a1+a2+...+an) x 100% / (a1+a2+...+an+b1+b2+...+bm)

В позитивный ряд включены: выявление онкозоболеваний в ранних (I–II) стадиях, выявление онкозаболеваний на профосмотре, подтверждение диагноза морфологически, численность, находившихся под наблюдением на конец года 5 лет и более, индекс накопления контингентов. В негативный ряд были включены: выявление онкозаболеваний в IV стадий, численность имевших противопоказания к специальному лечению, численность отказавшихся от лечения, одногодичная летальность, общая онколетальность, установление диагноза посмертно.

Расчет показателя эффективности производился по данным федеральных статистических сборников (под редакцией Чиссова В.И., Каприна А.Д., 1991–2015 гг.).

Проведенные исследования показали неуклонный рост этого показателя в целом по Российской Федерации с 1991 года: в 1991 г. – 69,8%, 1995 г. – 70,4%, 2000 г. – 72,2%, 2005 г. – 75,2%, 2010 г. – 77,3%, 2015 г. – 80,5%; в Сибирском федеральном округе (СФО): в 1991 г. – 6,3%, 1995 г. – 54,8%, 2000 г. – 66,1%, 2005 г. – 63.4%, 2010 г. – 76,7%, 2015 г. – 80,8%; и в Алтайском крае: в 1991 г. – 70,9%, 1995 г. – 70,4%, 2000 г. – 75,3%, 2005 г. – 77%, 2010 г. – 80,6%, 2015 г. – 81,6%.

Индивидуальная карта онкорисков трахеи, бронхов, легкого. Критические значения факторов риска

Лазарев А.Ф.

Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул

В целях формирования групп онкологического риска по раку легкого и проведения целевой диспансеризации нами разработана индивидуальная карта онкорисков. Которая включает в себя все известные и некоторые дополнительные факторы, влияющие на развитие рака легкого: пол, возраст, конституция, рост, вес, тип нервной системы, группа крови, резус-фактор, ожирение, наличие злокачественных новообразований у кровных родственников, характера труда, профессиональные вредности, курение, средовые вредные факторы, продолжительность сна, количество авиаперелетов, количество рентгеновских исследований, особенности питания, количество выпиваемой жидкости, употребление алкоголя, травмы, операции на грудной клетке, легкого; другие хронические заболевания, травмы, операции; нарушения гомеостаза, онкомаркеры, наличие генетических мутаций. По каждому фактору определены статистически значимые критические значения, влияющие на развитие злокачественного новообразования этого органа. Автором обработаны данные 10 000 пациентов и здоровых лиц, находящихся в регистрах (канцер-регистр и регистр предрака). Предложена оригинальная формула определения уровня онкологического риска.

Таблица онкорисков трахеи, бронхов, легкого

Лазарев А.Ф.

Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул

На основании данных, имеющихся в разработанных автором индивидуальных Картах онкорисков, составлены таблицы онкорисков, отражающие статистически значимые степени влияния каждого такого фактора в баллах (указаны в скобках).

1. Возраст (в годах): до 30 лет (-1), 30–39 (0), 40–49 (0), 50–59 (1), 60–69 (2), 70 и старше (3);
2. Пол (муж/жен): муж. (5), жен. (1);
3. Рост (в см): до 150 см (–1), 150–159 (0), 160–169 (0), 170–179 (2), 180–189 (0), 189 и выше (0);
4. Вес (в кг): до 60 кг (2), 60–69 (1), 70–79 (1), 80–89 (0), 90–99 (–1), 100 кг и выше (–1);
5. Конституция (тип): нормостеник (0), астеник (–1), гиперстеник (1);
6. Тип нервной системы: меланхолик (–1), сангвиник (0), флегматик (1), холерик (2);
7. Группа крови: I (0), II (1), III (0), IV (–1);
8. Резус-фактор: Rh+ (0), Rh– (1);
9. Отягощенная наследственность по онко (число родственников, б-х ЗН): нет (0), 1(1), 2(2), 3(3), 4(4);
10. Отягощенная наследственность по РЛ (число родственников, б-х РЛ): нет (0), 1(1), 2(2), 3(3), 4(4);
11. Характер труда (вид трудовой деятельности): умственный (–1), физический (1), смешанный (умств. + физич.) (0);
12. Профессиональные вредности: нет (-1), есть (1);
13. Курение (количество сигарет, сроки): нет (–1), до 10 сигарет (0), 10–20 (1), >20 (2), до 10 лет (1), >10 лет (2);
14. Средовые факторы (загрязнение, в том числе пассивное курение): нет (0), есть (1);
15. Рентгеновские исследования грудной клетки (число исследований): нет (0), до 20 (1), 21 и более (2);
16. Продолжительность сна: <6 ч (1), 7,9 час. (0), 8 и более (-1);
17. Питание (число приемов пищи в день): 1–2 (1), 3 (0), 4 (–1), 5 (–1);

18. Количество выпиваемой жидкости в день (в литрах): до 1 л (1), 1,0–1,9 л (0), 2,0–2,9 л (-1), 3 л и более (1);

19. Прием алкоголя в расчете на крепкие напитки (количество в месяц): нет (-1), до 1000,0 мл (0), 1000,0–1900,0 мл (1), 2000,0 (2);

20. Хронические заболевания легких, травмы: нет (0), да (1);

21. Другие хронические заболевания, травмы, операции: нет (–1), да (1);

22. Нарушение гомеостаза (гемоглобин, лейкоциты, лимфоциты, тромбоциты, СОЭ и др.), отклонения от нормы: нет (–1), да (1);

23. Опухолевые маркеры (СА 15-3, РЭА, СА 72-4 и др.), (повышены): нет (–1), да (1);

24. Раковые мутации: нет (0), да (1).

Суммация степеней влияния всех факторов риска отражает общий уровень риска развития рака легкого (в %). Автором установлено 5 уровней риска.

Сравнительные показатели выявляемости злокачественных новообразований (ЗН) у лиц «регистра предрака высокого онкориска» и различных видах профилактических мероприятий

Лазарев А.Ф.[1,2], Петрова В.Д.[1,2], Синкина Т.В.[1,2], Димитриади Ю.Н.[2], Секержинская Е.Л.[2]

[1]Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул;
[2]Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул

Актуальность. Для стойкого и достоверного снижения онкологической смертности необходим принципиально новый подход к профилактическим мероприятиям, включающий, с одной стороны современную идеологию профилактики рака и, с другой – реальные пути ее исполнения.

Материал и методы. Разработана организационную модель профилактики ЗН в современных условиях, позволяющих достоверно (в 5 и более раз) увеличить количественные показатели выявляемости ЗН при достижении высоких качественных показателях (удельном весе ранних – I и II стадий ЗН, превышающем 90%). Суть организационной модели заключается в формировании групп высокого онкориска (индивидуальный риск – 80–100%) на основании метода автоматизированного многофакторного анализа, включение их в регистр предрака высокого онкориска и, в дальнейшем, пожизненной диспансеризации и реабилитации.

Пациентам на первом этапе выполняют автоматизированный многофакторный анализ, включающий анкетирование и компьютерную обработку результатов. Результат анализа – является математическое выражение степени онкориска. Высокая степень в процентном отношении составляет 80 и 100%.

Метод внедрен и запатентован в КГБУЗ «АКОД», где в отделении профилактики сформирован регистр предрака высокого онкориска, включающий по итогам 2016 года более 8000 пациентов. Это: члены «раковых» семей; пострадавшие вследствие радиационных катастроф; имевшие в анамнезе облигатные предраковые заболевания и другие. Пациенты регистра проходят диспансеризацию, согласно разработанным алгоритмам, включающим два этапа: I – диагностический и II – лечебно-оздоровительный этапы.

Результаты. За период 2010–2016 гг. у пациентов регистра выявляемость ЗН составила чуть более 1% (I и II стадии – более 90%); В РФ выявляемость ЗН при ВДН составляет, в среднем, 0,0001%, скринингах – 0,001%, в смотровых кабинетах – 0,01%. В Алтайском крае, соответственно, выявляемость ЗН в 2016 г. составила: в смотровых кабинетах – 0,22%; на скринингах – 0,18%; при ВДН– 0,15%; при диспансеризации больных с хроническими заболеваниями – 0,079%. Таким образом, показатели выявляемости ЗН у лиц регистра предрака высокого онкологического риска достоверно выше, чем при всех видах профилактических мероприятий.

Активность матриксной металлопротеиназы в опухолевых клетках при почечно клеточном раке

Лазарев А.Ф., Черданцева Т.М., Бобров И.П., Ситникова Ж.И.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул;
Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул

Введение: матриксная металлопротеиназа-9 (ММП-9) – фермент, способствующий ремоделингу межклеточного матрикса, что является непременным условием для инвазии, миграции опухолевых клеток и метастазирования, в том числе при раке почки.

Цель: выявить активность МПП-9 в опухолевых клетках в зависимости от морфологических параметров.

Материалы и методы: в основу работы положены результаты морфологического обследования 119 больных почечно-клеточном раком (ПКР), находившихся на обследовании и лечении в КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» г. Барнаула.

С помощью иммуногистохимического анализа изучали степень экспрессии молекулярно-биологических опухолевых маркеров – ММП-9. Определение интегральной оптической плотности (ИОП) с вычислением содержания ММП-9 проводили морфоденситофотометрическим методом. Статистическую обработку материала осуществляли с помощью пакета Statistica 6.0, Microsoft Excel 2016. Данные считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Анализ ИОП ММП-9 в зависимости от клинической стадии опухолевого процесса: у пациентов с I клинической стадией средняя ИОП ММП-9 составила 1959,7 ± 75,5 отн. ед., со II стадией – 2767,7 ± 177,4 отн. ед., с III – 2933,6 ± 240,3 отн. ед. и с IV стадией – 4631,8 ± 507,3 отн. ед.

С увеличением степени ядерной атипии по Fuhrman обнаруживали усиление ИОП ММП-9: при GI ИОП ММП-9

составила 1529,4 ± 46 отн. ед., при GII – 1876,9 ± 75,3 отн. ед., при GIII – 4038,7 ± 206,3 отн. ед., при GIV – 4298,5 ± 449,5 отн. ед.

При размере опухолевого узла <7,0 см ИОП ММП-9 составила 2077 ± 80,1 отн. ед., при размере ≥7,0 см достоверно увеличивалась до 3044,9 ± 157,8 отн. ед.

У больных с локализованными опухолями ИОП ММП-9 составила 2046,6 ± 66,8 отн. ед., а при наличии метастазов ИОП ММП-9 возрастала до 4221,3 ± 280,35 отн. ед.

Выводы. Результаты проведенных сопоставлений показали, что ИОП ММП-9 взаимосвязана с рядом важных морфологических параметров. В клетках опухолей III–IV стадий, новообразованиях большого размера, степени анаплазии GIII–IV, при наличии метастазов наблюдали наиболее высокие значения ИОП ММП-9.

Влияние иссечения послеоперационного рубца после амбулаторного иссечения недиагностированной меланомы кожи на ближайшие результаты лечения

Липатов О.Н., Атнабаев Р.Д., Ручкин В.В.

Республиканский клинический онкологический диспансер, Уфа

Рост информированности населения об опасности пигментных новообразований кожи приводит к повышению частоты амбулаторных хирургических вмешательств по их удалению. При гистологическом исследовании удаленного материала в единичных случаях выявляется недиагностированная ранее меланома кожи.

С 2010 по 2015 год в РКОД наблюдалось 62 пациентов после амбулаторного удаления недиагностированной меланомы кожи. Мужчин – 29 (47%), женщин – 33 (53%). Возраст пациентов от 30 до 73 лет, средний 46 лет. Размеры послеоперационных рубцов – от 3 до 9 см, в среднем – 5 см. В основном пациенты обращались в онкодиспансер через 4–6 нед после удаления опухоли.

При гистологическом исследовании опухоли преобладал уровень инвазии по Кларку – III – 26 случаев (42%); IV – 20 (32%); II – 5 (8%); V – 2 (3%), не удалось исследовать уровень инвазии в 9 (15 %) случаев. Толщина слоя по Бреслоу только в 3 случаях превышала 3 мм.

Всем пациентам выполнено широкого иссечения послеоперационного рубца кожи.

При гистологическом исследовании удаленного материала ни в одном случае не было выявлено остаточной опухоли в послеоперационном рубце или окружающей его клетчатке.

Пациенты с уровнем инвазии IV, V, толщиной опухоли более 3 мм получали адъювантную химиотерапию до 5 курсов или иммунотерапию не менее 6 месяцев либо до прогрессирования заболевания.

При дальнейшем наблюдении в период от 6 месяцев до 2 лет у 22 (35,5%) пациентов была выявлена прогрессия заболевания: метастазы в регионарные лимфоузлы – у 12 пациентов, регионарные лимфоузлы + окружающие мягкие ткани – 4; сателлитные метастазы – 4; висцеральные – 2. Рецидива в послеоперационном рубце не было ни в одном случае.

Дальнейшее течение заболевания у данной группы пациентов не отличалось от основной популяции пациентов с метастатической меланомой.

Выводы:

1. Иссечение пигментных опухолей кожи без предварительной верификации приводит к диагностическим ошибкам;

2. Все препараты после амбулаторного иссечения пигментных новообразований кожи должны подвергаться обязательному гистологическому исследованию;

3. Повышение квалификации хирургов общей лечебной сети приводит к выполнению достаточного объема хирургического вмешательства при пигментных опухолях кожи;

4. Широкое иссечение послеоперационного рубца в сроки более 4 нед не приводит к улучшению ближайших результатов лечения, не влияет на частоту местных рецидивов.

Влияние брахитерапии высокой мощности на выживаемость при консервативном лечении рака пищевода

Ложков А.А., Важенин А.В., Шарабура Т.М., Кулаев К.И., Давыдова О.Н., Пименова М.М., Сыролева К.Н., Зуйков К.С., Юсупов И.М.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Цель: оценить результаты сочетанной лучевой терапии рака пищевод с включением в схему лечения внутрипросветной брахитерапии высокой мощности.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2015 год 82 человека с диагнозом рак грудного отдела пищевода T2-3N0-1M0 в связи с отказом от хирургического лечения получили самостоятельный курс лучевой терапии. На первом этапе всем пациентам проведена дистанционная лучевая терапия до СОД = 40–50 Гр. В последующем пациенты были разделены на 3 группы

В первую группу вошли 30 пациентов, получивших сочетанную лучевую терапию с применением брахитерапии. во 2 группу вошли 30 пациентов продолжившие дистанционную лучевую терапию до СОД = 60–70 Гр, в 3 группу – 22 пациента, у которых в связи с выраженной сердечно-сосудистой патологией лучевая терапия была ограничена паллиативной дозой 40-50 Гр.

При проведении брахитерапии установка эндостата производилась под местным обезболиванием с визуальным контролем в процессе ФГС. В последующем положения эндостата по отношению к опухоли контролировалось при помощи С-дуги. Дозиметрическое планирование осуществлялось в режиме 2-D с расчетом дозы на 0,5 см от поверхности эндостата по ширине и на 20мм от границ опухоли по длине. Схема внутриполостной БТ включала подведение СОД = 14Гр за 2 фракций с РОД = 7 Гр и ин-

тервалом в 1 неделю, что соответствовала 24 Гр по изоэффекту, общая доза с учетом ДГТ составила 64–70 изоГр.

Результаты. В процессе проведения внутриполостной брахитерапии осложнений не было. При контрольном осмотре через 1 месяц, 70% пациентов в первой группе, 54% – во второй группе и 23% – в третьей, отметили уменьшение выраженности дисфагии. При рентгеноскопии положительный эффект зафиксирован в 80%, 52% и 38% случаев соответственно, в том числе у 5 пациентов из 1 группы и 2 пациентов из 2 группы достигнут полный эффект. Пищеводный свищ развился у 4 пациентов в первой группе и 6 пациентов во второй группе и 5 пациентов в 3 группе. Двухлетняя общая выживаемость составила 36%,12% и 12% соответственно. Медиана общей выживаемости 15,7; 9,7 и 6,6 месяцев соответственно.

Заключение. При проведении сочетанной лучевой терапии удалось добиться улучшения показателей локального контроля и повышения общей выживаемости в сравнении с дистанционной лучевой терапией при сопоставимых значениях суммарных очаговых доз. Частота осложнений во всех группах была одинаковой и не зависела от метода лечения.

Лимфоидные органы в экспериментальном канцерогенезе простаты

Ломшаков А.А., Асташов В.В., Бородин Ю.И., Козлов В.И., Анцырева Ю.А., Казаков О.В.

Российский университет дружбы народов, Москва; НИИ клинической и экспериментальной лимфологии, Новосибирск

Материалы и методы. Наблюдались 60 половозрелых самцов-мышей СВА массой до 30 г. Эксперимент выполнен в соответствии с приказом Минздрава СССР №577 от 12.08.77 г. Модель рака создавалась инокуляцией разведенного клеточного штамма асцитной опухоли Эрлиха в паренхиму простаты. Животных поделили на экспериментальные группы: 1) Интактные; 2 и 3) Экспериментальные – на 18 и 28 сутки роста опухоли простаты после дислокации шейных позвонков под эфирным наркозом. Для гистологического исследования забирали простату, тимус, тазовые лимфатические узлы с фиксацией и исследованием методами световой микроскопии. Результаты обрабатывались методами вариационной статистики.

Результаты. Во 2 группе выявлено почти полное замещение ткани простаты клетками опухоли. В тимусе уменьшалось корковое и мозговое вещество в сравнении с 1 группой. Во 2 и 3 группах всех зонах тимуса уменьшились иммунобласты, малые лимфоциты, клетки митоза и макрофагов, увеличивалось число средних лимфоцитов и эпителиоретикулярных клеток в сравнении с 1 группой. Во 2 группе – в краевом и мозговых синусах тазовых лимфатических узлов определялись метастазы опухоли. В тазовых лимфатических узлах площадь паракортикальной зоны уменьшалась – выраженная фолликулярная реакция. В 3 группе - рост опухоли был инфильтрирующим, клеточные тяжи опухоли разрушали жировую клетчатку и поперечнополосатые мышцы, врастали в сосуды, формируя опухолевые эмболы. В синусной системе тазовых лимфатических узлов 3 группы – активация лимфогенного метастазирования. В мозговом веществе лимфоузлов выявлены структурные признаки активации пролиферации клеток плазматического ряда. По сравнению со 2 группой – площадь паракортикальной (Т-зависимой) зоны уменьшается, а площадь мозговых синусов увеличивается – выраженный лимфостаз.

Выводы.

• структурные преобразования в тимусе при экспериментальном канцерогенезе простаты свидетельствуют о его акцидентальной инволюции, что является следствием выраженной антигенной стимуляции, и результатом иммуносупрессивного действия ростового фактора эндотелия сосудов (VEGF).

• в динамике роста экспериментальной опухоли простаты структурная дезорганизация и инволюция тимуса, сопровождается структурными преобразованиями в регионарных лимфатических узлах (уменьшение размеров Т-зависимой зоны, мозговых синусов, изменении соотношения количества зрелых и незрелых лимфоидных клеток.

Некоторые клинико-морфологические факторы прогноза при раке шейки матки 2-4 клинических стадий

Максименко Т.А., Авдалян А.М., Лазарев А.Ф.

Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул

Рак шейки матки продолжает оставаться одной из важных проблем, а заболеваемость продолжает возрастать. Известными патоморфологическими критериями прогноза кроме глубины инвазии являются инвазия в миометрий, лимфоваскулярная инвазия и некрозы. Целью работы стало определение прогностической значимости гистогенетического типа опухоли, инвазии в миометрий, лимфоваскулярной инвазии и некрозов при РШМ 2–4 клинических групп.

Всего было проанализировано за период 2006–2012 годы 54 больных РШМ 2–4 клинической стадии. Из них IIA1 было 19 случаев, IIA2 1 случай, IIB 5 случаев, IIIA – 9 случаев, IIIB – 4, IVA 8 случаев и IVB 7 случаев. Аденокарцином было 8, плоскоклеточных карцином было 45. Случаев с благоприятным прогнозом было 13, случаев с неблагоприятным прогнозом – 40.

Общая безрецидивная 10-летняя выживаемость в группе стадии II–IV стадии составила 19,5% ± 7,2, медиана 320 дней. В группе стадии II (A-B) 10-летняя выживаемость составила 46,2% ± 10,4. При анализе взаимосвязи гистологического типа и прогноза было выявлено, что при аденокарциноме шейки матки 10-летняя выживаемость составила 57,3% ± 9,3, а при плоскоклеточном – 39,1% ± 11,4 ($p \geq 0,05$). Степень злокачественности так же

не обладала значимыми взаимосвязями с прогнозом (тенденция): при GI до 10 лет доживало 29,2%± 8,1, при GII – 21,6% ± 10,2. При GIII 5 летняя выживаемость составила 7,7% ± 5,2, а до 10 лет не дожила ни одна больная. При наличии инвазии в миометрий 10 летняя выживаемость составила 18,8% ± 6,8, а при ее отсутствии – 26,7% ± 8,8 (медиана 765 дней и 1317 соотв., $p \geq 0,6$). При наличии лимфоваскулярной инвазии 10 летняя выживаемость составила 21,2% ± 8,9, а при ее отсутствии – 71,4% ± 10,8 ($p \leq 0,04$). При наличии некрозов в опухоли 10 летняя выживаемость составила 15,1% ± 7,6, а при ее отсутствии – 21,3,4% ± 5,8.

Таким образом, анализ взаимосвязи прогноза при РШМ матки 2 стадии выявил, что гистогенетический тип, инвазия в миометрий, наличие некрозов в опухоли не являются важными факторами прогноза. В то же время, наличие лимфоваскулярной инвазии и степень злокачественности в некоторой степени взаимосвязаны с 10-летней выживаемостью при РШМ II клинической стадии.

Возможности применения комплексной ультразвуковой диагностики и динамической реносцинтиграфии у пациентов с опухолевым поражением почки

Максимова Н.А., Агаркова Е.И., Аразамасцева М.А., Сергеева М.М.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Цель исследования: изучение роли комплексной ультразвуковой диагностики и динамической реносцинтиграфии у пациентов с опухолевым поражением почки.

Материалы и методы. В исследование включено 50 пациентов с опухолевым поражением почки, которым в предоперационном периоде было проведено комплексное ультразвуковое исследование по разработанному оригинальному многофакторному протоколу и выполнена динамическая реносцинтиграфия.

Результаты исследования. Всем пациентам было проведено стандартное ультразвуковое исследование в серошкальном режиме и комплексное ультразвуковое исследование с применением разработанного нами оригинального многофакторного протокола исследования. При стандартном ультразвуковом исследовании оценивали размеры, контуры, структуру, локализацию образования, взаиморасположение с окружающими органами и тканями. При комплексном ультразвуковом исследовании из 50 пациентов с опухолью почки у 18 (36%) выявлено отсутствие инвазивных изменений, деформации сосудов почечной ножки, у 12 (24%) больных выявлены стенозы и окклюзии, опухолевая инфильтрация, у 10 (20%) человек прорастание опухоли в почечные артерии и вены, у 4 (8%) – опухолевый флеботромбоз в просвете почечной вены, у 3 (6%) тромбоз в просвете нижней полой вены, у 6 (12%) – сочетанный флеботромбоз. Всем пациентам выполнена реносцинтиграфия с определением фильтрационной и экскреторной функции почек. У 8 (16%) больных функция пораженной почки была в пределах нормы, у 42 (84%) человек выявлено нарушение функциональной активности пораженной почки. У 15 (30%) пациентов функция контрлатеральной почки была в пределах нормы, у 35 (70%) человек выявлены нарушения функциональной активности контрлатеральной почки.

Выводы. Использование комплексного ультразвукового исследования по разработанному многофакторному протоколу и динамической реносцинтиграфии в предоперационном периоде у пациентов с опухолевым поражением почки позволяет индивидуализировать тактику послеоперационного ведения данных больных и заранее планировать объем хирургического лечения. Чувствительность комплексного ультразвукового исследования в выявлении рака почки составила 91%.

Диагностическая ценность ультразвукового исследования и тонкоигольной пункционной аспирационной биопсии на этапах скрининга у пациентов с патологией щитовидной железы

Максимова Н.А., Арзамасцева М.А., Ильченко М.Г., Акопян Л.Г.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Цель. Оценить эффективность одномоментного ультразвукового исследования (УЗИ) и пункционной аспирационной биопсии (ПАБ) для цитологической верификации опухолей щитовидной железы.

Материалы и методы. Произведен анализ исследований 181 пациентов в возрасте от 33 до 77 лет, направленных на УЗИ из поликлинического отделения РНИОИ, которым было выполнена ПАБ под УЗ-контролем. Исследования выполнялись на аппарате «Logiq P9», с использованием мультичастотного линейного датчика, работающего в диапазоне 6-15 МГц, что позволяло выявить очаги опухолевого роста от 0,2 до 0,5 см.

Результаты. У 56,3% обследуемых были выявлены единичные узлы щитовидной железы, в 43,7% выявлены множественные узловые образования. Наибольшую группу, более половины из обследованных, у 118 из 181 (65,2%), составили различные варианты диффузно-узлового зоба. При комплексном УЗИ у 63 обследуемых (34,8%) были выявлены доброкачественные образования, из них коллоидные образования у 17 (9,4%), аденомы у 15 человек (8,3%). Рак щитовидной железы (РЩЖ) обнаружен у 20 человек (11%). При нашем обследовании выявлен папиллярный и фолликулярный рак в равных количествах у 20 больных, который составил по 45,5% соответственно, 1 случай (4,5%) железистого рака и 1 случай (4,5%) аденокарциномы метастатического характера. В 4 случаях (18,2%) были диагностированы регионарные лимфатические узлы до 1,5 до 2,5 см. При сопоставлении ультразвуковой картины и цитологического заключения у

2 (1,1%) пациентов при УЗИ РЩЖ установлен не был, было вынесено заключение узловой зоб. В 5 случаях (2,7%) на УЗИ заключение аденома была подтверждена цитологическим методом, в 10 (5,4%) случаях цитологически установлен зоб. Воспалительные изменения и туберкулез на УЗИ диагностированы не были. Из 22 больных раком щитовидной железы, только у 6 (3,3%) не был установлен фон, на котором развился рак, а у 17 (9,4%) предшествовал тот или иной фоновый процесс.

Выводы. ПАБ под контролем ультразвука при узловых образованиях в щитовидной железе позволяет повысить диагностическую ценность метода, определить цитологическую верификацию опухоли и выбрать тактику лечения.

Ультразвуковое исследование в процессе оценки эффективности противоопухолевой терапии рака шейки матки

Максимова Н.А., Бойко К.П., Ильченко М.Г., Агаркова Е.И.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Цель работы: выявить объективные, ультразвуковые признаки оценки эффективности противоопухолевого лечения при раке шейки матки (РШМ).

Методы и материалы исследования. Все исследования проводились на УЗ-апаратах: «HDI-4000 (ATL, USA)», «LOGIQ E9», конвексными мультичастотными и трансвагинальными датчиками. Было обследовано 286 больных РШМ 3 стадии на этапах лучевого лечения, 271 (95%) пациенток с плоскоклеточным гистотипом опухоли, 15 (5%) пациенток с низкодифференцированным раком, всем больным, до и после проведенного курса лечения, определяли размеры шейки матки в стандартных проекциях и объем шейки матки, следующим этапом проводилась топометрия очага поражения шейки матки. Затем выполнялась допплерография, допплерометрия сосудов шейки матки и опухолевых сосудов в зоне поражения. Производилась статическая и динамическая 3D ангиография патологического сосудистого русла.

Результаты: было установлено, что достоверными сонодопплерографическими признаками положительной динамики РШМ, на этапах лучевого лечении, были уменьшение размеров и объема шейки матки и опухолевого субстрата, изменение центральной гемодинамики в нисходящих ветвях маточных артерий до пределов возрастных нормативов, отсутствие или уменьшение визуализации количества сосудистых структур в опухоли, снижение количественных показателей внутриопухолевого протока Vmax. Уменьшение максимальной систолической Vmax на 35% и более констатировали эффективность лечения, при уменьшении V_{max} менее чем на 35% от исходной констатировали стабилизацию процесса, при увеличении V_{max} более чем на 35% от исходных значений определяли прогрессирование процесса. По данным допплерографической оценки, по разработанной нами методики, у 196 (68,5%) человек был выявлен регресс опухоли, что в дальнейшем позволили провести радикальное, хирургическое лечение, у 76 (26,5%) отмечалась стабилизации процесса, у 14 (5%) отмечалась резистентность к проведенному лечению.

Выводы. Таким образом, трансвагинальная сонодопплерография является высокоточным методом в оценке эффективности противоопухолевого лечения РШМ, что дает возможность своевременно выработать правильную, дальнейшую, лечебную тактику. Чувствительность метода составила 84%.

Значение комплексной ультразвуковой диагностики при забрюшинных опухолях у детей

Максимова Н.А., Ильченко М.Г., Гурнак В.В., Бойко К.П., Кузнецов С.А.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Цель исследования – повышение эффективности первичной диагностики нейробластом (НБ) и нефробластом (Н) у детей с применением комплексного ультразвукового исследования.

Материалы и методы. Проанализированы данные первичного комплексного УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства у 195 детей с диагнозом – забрюшинная опухоль. Из них у 100 пациентов был диагноз НБ и у 95 – Н. Возрастной состав больных был от 1,5 месяцев до 17 лет. У большинства больных 135 человек (69,2%) была диагностирована III-IV стадия заболевания. УЗИ осуществлялось на сканере «IU 22 PHILIPS» конвексным трансабдоминальным широкополосным датчиком (2–5 МГц). Обследование проводилось в В-режиме с этапами ЦДК, ЭДК. У 145 пациентов (74,3%) была проведена пункционная аспирационная биопсия опухоли с предварительным планированием и навигацией под ультразвуковым контролем.

Результаты. Ультразвуковую картину НБ и Н можно представить следующим образом. НБ характеризуется продолговатой формой (73%), бугристыми, нечеткими контурами (61%), солидной эхо-структурой (94%), пониженной эхогенностью (60%).

Ультразвуковая картина Н характеризуется округлой формой (78%) с ровными, четкими контурами (48%), солидно-кистозной структурой (80%), смешанной эхогенности (57%) с наличием анэхогенных зон некрозов и кровоизлияний, смещением внутренних органов и редким вовлечением в процесс магистральных сосудов.

Анализ результатов эффективности УЗИ с учетом выработанных дифференциально-диагностических сонографических критериев показал, что при нейробластоме точность метода составила 95%, чувствительность 97%, специфичность 72%; при нефробластоме точность – 96%, чувствительность 95%, специфичность 80%.

Выводы. Таким образом УЗИ позволяет предположить природу новообразований забрюшинного пространства,

выявить распространенность процесса, спланировать проведение и навигацию ПАБ опухоли по УЗ-контролем, тем самым сокращая сроки обследования и способствуя выбору адекватной тактики лечения маленьких пациентов.

Ультразвуковая диагностика меланоцитарных образований кожи

Максимова Н.А., Позднякова В.В., Ильченко М.Г., Максимова М.И.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Цель исследования: систематизация комплексной эхо-семиотики меланоцитарных образований кожи, включающей В-режим, ЦДК, ЭДК, СЭГ сдвиговой волны для повышения предоперационной точности диагностики. УЗИ визуализируетмых или идентифицируемых меланоцитраных образований кожи проведены на аппаратах экспертного уровня линейными мультичастотными широкополостными датчиками с диапазоном частот от 5-17 МГц по разработанному нами протоколу. В исследование вошли данные ретроспективного анализа УЗИ у 111 больных с меланоцитарными образованиями кожи, которые после гистологического исследования биоптатов были разделены на подгруппы: пациенты с доброкачественными образованиями (n = 30), с атипичным невусом (n = 25), поверхностно-распространяющейся меланомой (n = 21) и узловой меланомой (n = 35).

Пациентам с меланоцитарными образованиями кожи в предоперационном периоде проводят УЗИ, включающее оценку толщины кожи в зоне интереса, формы, размеров, эхогенности, структуры, васкуляризации образования и прилежащих тканей, наличие или отсутствие инвазивного роста, далее методом СЭГ неизмененной кожи и образования определяют жесткость – Е в кПа в области кожного образования - Еобр и в локусе неизмененной кожи – EN, с последующим расчетом относительного индекса жесткости Кобр/N = Еобр/ EN. При выполнении условия Кобр/N ≤ 1,2 делают заключение о доброкачественном образовании; при выполнении условия 1,44 ≤ Кобр/N <1,85 – «атипичный невус»; при выполнении условия 1,85 ≤ Кобр/N < 2,6 – «поверхностная меланома»; при выполнении условия Кобр/N ≥ 2,6 – «узловая меланома». Диапазон 1,2 < Кобр/N < 1,44 диагностически неинформативен («слепая диагностическая зона»). Общая диагностическая эффективность разработанного алгоритма характеризовалась следующими параметрами: диагностическая чувствительность – 88,6%, диагностическая специфичность – 87,1%, диагностическая точность – 88,2% (p < 0,01).

Выводы. Таким образом, мультипараметрическое УЗИ с применением современных технологий визуализации является информативным методом не инвазивной диагностики пигментных образований кожи, что может быть использовано для дальнейшего планирования тактики лечения.

Сонографический мониторинг в сочетании с параметрами гаптоглобина рецидивов рака яичников

Максимова Н.А., Сергеева М.М., Горошинская И.А., Сурикова Е.И., Ильченко М.Г.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Цель работы: анализ, сопоставление и оценка полученных данных гемодинамических показателей при допплерографии, допплерометрии и содержания в плазме крови гаптоглобина при локальных рецидивах рака яичников на этапах динамического мониторинга противоопухолевой терапии.

Материал и методы: обследовано 50 больных с локальными рецидивами рака яичников (РЯ) на этапах химиотерапевтического лечения и 11 женщин, продолжавших наблюдение без рецидива (в состоянии ремиссии) и у 15 здоровых женщин. Всем больным в процессе мониторинга проводилась УЗ-оценка эффективности лечения рецидивов с помощью определения совокупности сонографических признаков локальных опухолевых характеристик и методики с прицельной топической и динамической оценкой параметров в режимах допплерографии (ЦДК и ЭДК) изменения соотношения артериальных пиковых систолических скоростей, а также определяли содержание гаптоглобина в плазме крови иммунотурбидиметрическим методом.

Результаты и их обсуждение. У пациенток, находящихся в стадии ремиссии уровень гаптоглобина был на 50% выше уровня у здоровых женщин при (p < 0,005) и попадал в референтный интервалом – менее 2 г/л. В группе больных у которых УЗ-картина отражала полный или частичный эффект противоопухолевой терапии уровень гаптоглобина был 1,76 ± 0,17 г/л, что соответствовало значениям в группе больных с ремиссией и был на 48% выше (p < 0,05) чем в группе здоровых женщин. В группе больных с отрицательной динамикой УЗ-картины содержание гаптоглобина составило 2,93 ± 0,34 г/л, что превысило в 2,5 раза уровень у здоровых женщин (p < 0,001) и был на 65% выше (p < 0,01) значений в группе больных с ремиссией.

Вывод. У больных с рецидивами рака яичников в процессе мониторинга при отрицательной динамике УЗ-картины и усилении васкуляризации в локальной рецидивной опухоли наблюдается значительное увеличение содержания гаптоглобина в крови, что является дополнительным маркером в мониторинге рецидивов РЯ.

Экспрессия бета-III тубулина и эстрогеновых рецепторов альфа и бета в ткани немелкоклеточного рака легкого

Мамичев И.А., Пономаренко Е.А., Равчеева А.Б., Богуш Т.А., Полоцкий Б.Е., Давыдов М.М.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Введение. Эстрогеновые рецепторы альфа и бета (ЭРα и ЭРβ) широко представлены в тканях, которые ранее считались ЭР-негативными, и играют важную роль в патогенезе многих опухолей, в частности немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ). Эстрогеновый сигналинг *in vitro* усиливает экспрессию ряда генов, ассоциированных с прогрессией опухолей, в частности – гена белка микротрубочек бета-III тубулина (TUBB3), экспрессия которого регистрируется во многих солидных опухолях и связана с неблагоприятным прогнозом заболевания и устойчивостью к таксанам. Цель работы – проверить, существует ли связь между экспрессией TUBB3, ЭРα и ЭРβ в ткани НМРЛ.

Материалы и методы. Иммунофлуоресцентным методом с использованием проточной цитофлуориметрии проведено сравнение экспрессии TUBB3, ЭРα и ЭРβ в хирургических биопсийных образцах НМРЛ (n = 104). Образцы переводили в одноклеточную суспензию, инкубировали с первичными антителами в течение ночи, а затем – 1,5 часа с вторичными антителами. Использовали антитела фирмы Abcam: первичные – к TUBB3 (ab7751), к ЭРα (SP1), к ЭРβ (14C8) и вторичные – ab98510 и ab98729. Уровень экспрессии (процент экспрессирующих маркер клеток), рассчитан в программе FlowJo 10.1. Для оценки корреляции показателей экспрессии исследуемых белков применен коэффициент Спирмена (rs).

Результаты. 1. Средний уровень экспрессии исследованных белков составляет: TUBB3 – 43,1 ± 15,7% клеток на образец; ЭРα – 23,2 ± 14,2%; ЭРβ – 46,6 ± 17,0%. 2. Между рецепторным статусом опухоли и экспрессией TUBB3 прослеживается лишь слабая корреляционная связь (rs = 0,3 и rs = 0,4 для ЭРα и ЭРβ соответственно), однако в группе пациентов с плоскоклеточным раком легкого (n = 68) эта связь выражена сильнее (rs = 0,5 и rs = 0,5). В группе пациентов с аденокарциномой корреляция экспрессии ЭРα и TUBB3 очень слабая (rs = 0,3), а корреляция экспрессии ЭРβ и TUBB3 отсутствует.

Заключение. Корреляция между экспрессией TUBB3 и эстрогеновых рецепторов выявлена только в подгруппе больных плоскоклеточным раком легкого. Обсуждая клиническую значимость полученных результатов, авторы считают, что антиэстрогеновая терапия, по аналогии с терапией рака молочной железы, может оказаться эффективна для этой подгруппы больных, при наличии резистентности к стандартным комбинациям, включающим таксаны и препараты платины.

Комбинированное лечение больных резектабельными метастазами колоректального рака в печени

Мамонтов К.Г., Котельников А.Г., Хайс С.Л., Варнавский Е.В., Мамонтов А.К., Лазарев А.Ф.

Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва, Барнаул

Цель: улучшение результатов лечения больных резектабельными метастазами колоректального рака в печени с неблагоприятным прогнозом.

Материалы и методы: 373 пациентов: адъювантная системная химиотерапией – 178, периоперационная системная химиотерапия – 68, периоперационная регионарная химиотерапия – 127. Резекции печени носили исключительно обширный характер.

Результаты. Выполнено 179 (48%) стандартных, правосторонних или левосторонних гемигепатэктомий. С резекцией контрлатеральной доли – 82 (22%). Расширенная правосторонняя или левосторонняя гемигепатэктомия, включая перенесших резекцию оставшейся части печени – 112 пациентов (30%). Объективный эффект достигнут у 13 (19%) пациентов в группе дооперационной системной химиотерапии, в группе регионарной химиотерапии без бевацизумаба – у 56 (44%), различия статистически достоверны (p = 0,02). Наибольшая частота объективного эффекта отмечена при размерах метастазов менее 5 см в группе химиотерапии с бевацизумабом – 73%. Летальность – 3%. Уровень осложнений – 46%. Объем интраоперационной кровопотери статистически достоверно не различался. Общая 5-летняя выживаемость после лечения с адъювантной химиотерапией – 29 ± 3%, медиана – 33 мес, что достоверно превосходит показатели лечения с периоперационной системной химиотерапией (15 ± 5%), медиана – 15 мес, статистически недостоверно превосходит 5-летнюю выживаемость после лечения с периоперационной регионарной химиотерапией (20 ± 5%), медиана – 33 мес.

5-летняя выживаемость в группе с адьювантной химиотерапией с множественными метастазами: медиана – 29 мес, не отличается от выживаемости группы периоперационной системной (p = 0,47), регионарной химиотерапии (p = 0,2).

5-летняя выживаемость с билобарным поражением с адьювантной химиотерапией достоверно выше группы системной химиотерапии (p = 0,00008).

5-летняя выживаемость с размером более 5 см: медиана – 29 месяцев, достоверно выше группы с периоперационной системной химиотерапией (p = 0,00023), группы регионарной химиотерапии (p = 0,21).

5-летняя выживаемость с внепеченочными метастазами с адьювантной химиотерапией: медиана – 29 месяца, не отличается от групп с периоперационной системной (p = 0,1), регионарной химиотерапией (p = 0,36).

Заключение. При резектабельных метастазах колоректального рака в печени с неблагоприятным прогнозом показано комбинированное лечение с адъювантной системной химиотерапией.

Фармакоэкономическое обоснование использование схемы «бевацизумаб + интерферон» в качестве базовой схемы лечения больных метастатическим раком почки, как замена терапии цитокинами. Увеличение выживаемости без увеличения финансирования

Манихас Г.М., Борисов П.С., Орлова Р.В., Карлов П.А., Школьник М.И.

Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург

В 2015 г., в Санкт-Петербурге 310 больных метастатическим раком почки (мПКР): 46 (15%) из них больные с единичными метастазами, нуждающихся в полном циторедуктивном вмешательстве, 46 (15%) – больные с плохим прогнозом по MSKCC, 20 пациентов (7%) отказались от лечения мПКР, 35 (11,3%) больных в 2015 году была проведена терапия ингибиторами тирозинкиназ (иТК) и m-TOR во всех линиях. К сожалению, большинству больных 163 (52,6%) групп хорошего и промежуточного прогноза MSKCC в качестве 1-й линии лечения были назначены цитокины. Медиана ВДП терапии цитокинами (ИМТ) составила 6 месяцев. После прогрессии на цитокинах только 25% (n = 40) получили таргетную терапию, остальным 123 (75%) лечение проводилось в прежнем режиме. Задачей данного исследования является определение возможности внедрения базовой схемы «Бевацизумаб+ИНФ», рекомендованной RUSSCO, в условиях имеющегося финансирование на лекарственную терапию. Положительной оценкой возможности использования данной схемы будет считаться увеличение затрат на лекарственное лечение мПКР не более 15% в сравнении с базовой терапией цитокинами. Результаты: Стоимость лечения больного мПКР на 1 человека в год с использованием ИМТ и последующей таргетной терапией при прогрессировании – 795,6 тыс.руб., без – 151,2 тыс. рублей. В итоге, на 163 больных, получивших ИМТ затрачено 18 484,2т.р., и 28 800 тыс. руб на последующую таргетную терапию. Общая сумма на лечение данной группы больных на год составила 47 284 тыс. руб. Стоимость 163 больных по схеме «Бевацизумаб+ИНФ» – 332,2 тыс. руб./чел и составляет 54 148,6 тыс. руб/год. Отмечается увеличение стоимости лечения на мПКР на 6 864 тыс. руб в сравнении с базовой терапией цитокинами и составило 13%. Таким образом, в исследование были достигнуты ключевые значения, заданные перед его проведением. Пересмотр парадигмы лечения больных мПКР позволит улучшить показатели ОВ и не потребует значительного увеличения финансирования на лечение больных мПКР. Кроме того, данная базовая схема лечения соответствует стратегическому процессу импортозамещения в отечественной медицине.

Эффективность лечения опухолей почек у пациентов

Маргарян С.Н., Горбатых С.В., Кубиров М.С., Липилин А.С., Ступакова Д.В., Лаврухин Д.Б., Рябов А.Б., Рогачева Е.Р.

Морозовская детская клиническая больница Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва

С момента открытия в марте 2014 года в отделение клинической онкологии МДГКБ поступило 30 первичных пациентов с опухолями почек. Это были 14 мальчиков и 16 девочек (соотношение по полу М : Ж составило 1 : 1,1) в возрасте от 0 до 8,5 лет (медиана возраста 3,7 года). Диагностические мероприятия только в двух случаях включали в себя тонкоигольную биопсию опухоли, во всех остальных случаях были ограничены лабораторными и инструментальными методами обследования. У 8 (27%) детей инициально были выявлены отдаленные метастазы (легкие). Одному ребенку в возрасте до 6ти месяцев первым этапом была проведена нефроуретертуморэктомия, остальным пациентам проводилась неоадьювантная химиотерапия терапия в рамках протокола SIOP-WT-2001, вторым этапом – оперативное вмешательство и далее программная риск-адаптированная адьювантная химиотерапия, соответствующая гистологическому типу. Лучевая терапия проведена 11-ти пациентам. Интраоперационное стадирование установило: у 4 пациентов (13,3%) – 1 стадия, у 11-ти пациентов (37,0%) – 2 стадия, у 4 пациентов (13,3%) – 3 стадия, в 8 случаях (26,5%) – 4 стадия, и у 3 пациентов (10,0%) – 5 стадия (билатеральная нефробластома). Гистологически у 28 (93%) детей установлен диагноз нефробластомы, по 1 случаю – светлоклеточная саркома и атипичная тератоид-рабдоидная опухоль. Из 30 пациентов в одном случае родители отказались от лечения, два ребенка умерли от прогрессии заболевания на фоне терапии, в одном случае достигнута стабилизация опухолевого процесса, достигли ремиссии 26 детей (86,7%). В последующем отдаленные метастазы опухоли возникли у 3 (10%), пациентам проводилась противорецидивная терапия. На март 2017 г. в первой ремиссии находятся 23 пациента (76,6%), во второй ремиссии – три (10%). Вероятность общей 5-летней выживаемости детей с опухолями почек в МДГКБ составила 0,93 ± 0,05%. Вероятность свободной от болезни 5-летней выживаемости – 0,78 ± 0,08%. Таким образом, эффективность лечения педиатрических пациентов с опухолями почек в Морозовской ДГКБ является высокой и соответствует мировому уровню.

Радиочастотная абляция доброкачественных симптомных узлов щитовидной железы, оценка клинической эффективности

Махонин А.А., Соловов В.А., Воздвиженский М.О.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Цель исследования – оценить результаты лечения больных доброкачественными узловыми образованиями (ДУО) щитовидной железы методом радиочастотной абляции (РЧА).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 362 больных с ДУО щитовидной железы, пролеченных с помощью РЧА в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере с июня 2014 по декабрь 2016 г. Из них 355 женщин, 7 мужчин. Средний возраст пациентов составил 48 (24–76) лет. Критерии включения – пациенты с ДУО щитовидной железы; TIRADS до 3. Критерии исключения – пациенты с подозрением на злокачественное образование щитовидной железы; TIRADS 4–5. Узловые образования эхографически оценивали по системе TIRADS (Thyroid Image Reporting and Database System). Цитологическую оценку выполняли с использованием системы Bethesda (Bethesda Thyroid Classification). Перед выполнением РЧА всем пациентам были выполнены ультразвуковое исследование щитовидной железы, лимфатических узлов шеи, две тонкоигольные аспирационные биопсии, сцинциграфия щитовидной железы, подтвердившие отсутствие рака щитовидной железы. Также определяли в крови уровень ТТГ, Т3, Т4св., кальцитонина, паратгормона. Средний размер узлов составлял 3,5 (1,5–9,5) см. У 280 пациентов узлы были солидные, у 82 солидно-кистозные. В последнем случае перед проведением РЧА выполняли эвакуацию жидкостного компонента. Длительность процедуры составила в среднем 3 (1,5–10) мин. РЧА выполняли под местной анестезией под ультразвуковым контролем в режиме реального времени. Применена техника динамической радиочастотной абляции. Время наблюдения после лечения было от 1 до 30 месяцев.

Результаты. Через месяц после выполнения РЧА размеры узлов уменьшились в среднем на 30 (15–50)%. При последующем наблюдении размеры уменьшались до 50% через 6 месяцев и до 75% через 9 мес. У 19 пациентов с первоначальными размерами узлов более 4,5 см потребовалось проведение повторной РЧА. Осложнений отмечено не было.

У 4 больных данный метод лечения оказался малоэффективным, через месяц после выполнения процедуры размер узла уменьшился на 15%, сохранялись симптомы дискомфорта в области щитовидной железы, больные были направлены на хирургическое лечение.

Выводы. Таким образом, РЧА является малоинвазивной и безопасной технологией лечения узловых образований щитовидной железы с высокой клинической эффективностью.

Периоперационная нутритивная терапия пациентов с опухолями головы и шеи, оценка клинической эффективности

Махонин А.А., Чуйкова А.Ю., Иванов А.В.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Цель исследования – оценить результаты лечения пациентов с опухолями головы и шеи с периоперационной нутритивной терапией.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 264 больных с опухолями головы и шеи в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере с января 2014 по декабрь 2016 г. Из них 255 мужчин, 9 женщин. Средний возраст пациентов составил 58 (34–86) лет.

Всем пациентам были выполнены необходимые лабораторные и диагностические манипуляции. В сроки 12–14 суток до хирургической операции в комплекс лечебно-диагностических мероприятий включалась нутритивная поддержка (сиппинг 3 раза в сутки, как дополнение к основному питанию). Последняя осуществлялась препаратами для энтерального питания: нутридринк, нутридринк компакт протеин, нутридринк компакт с пищевыми волокнами, фортикер.

После выполнения хирургической операции 16–26 суток нутритивная поддержка осуществлялась препаратами для зондового питания: нутризон эдванс диазон и нутризон эдванс протизон как единственный источник питания.

После восстановления функции питания через естественные пищепроводящие пути, с 16–26 суток пациентам назначалась нутритивная поддержка (сиппинг 2–3 раза в сутки, как дополнение к основному питанию), до полной послеоперационной реабилитации. Последняя осуществлялась препаратами для энтерального питания: нутридринк, нутридринк компакт протеин, нутридринк компакт с пищевыми волокнами, фортикер.

Время наблюдения за пациентами от 1 до 36 месяцев.

Результаты. В группах сравнения анализировались следующие показатели: масса тела, количество лейкоцитов, количество лимфоцитов, общий белок крови, альбумин крови, количество послеоперационных осложнений, продолжительность госпитализации. В группе получающей нутритивную поддержку вышеперечисленные показатели имели более высокие количественные и качественные показатели: масса тела пациента была близка к ее обычным показателям, средний уровень общего белка в 11,5% был в норме, средний уровень альбумина в 13% был в норме, средний уровень лимфоцитов был в норме в 14,5%, количество послеоперационных осложнений снизилось с 49 до 32%, средний койко-день снизился с 30 до 25, средний койко-день без осложнений сократился с 24 до 21, средний койко-день с осложнениями снизился с 34 до 31.

Выводы. Таким образом, нутритивная поддержка является безопасной, рутинной, экономически выгодной технологией лечения пациентов с опухолями головы и шеи с высокой клинической эффективностью.

Непосредственные результаты и осложнения неоадъювантной химиотерапии рака шейки матки с включением в программу лечения плазмафереза и неспецифической иммунотерапии

Меньшенина А.П., Моисеенко Т.И., Франциянц Е.М., Ушакова Н.Д., Назаралиева Н.А.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

В работе проанализирована эффективность лечения 72 больных РШМ T1b2-2bN0-1M0 стадий. У всех пациенток применялась НАХТ по схеме: цисплатин и блеомицетин. Контрольную группу составили 33 больные, получавшие стандартную НАХТ. Основную группу составили 39 больных, разделенных на 2 подгруппы: 1) 22 больным проведен сеанс ПА, через сутки после которого начинали курс НАХТ; 2) 17 больным проведен сеанс ПА, через сутки после которого следовала НАХТ, после окончания которой проводили курс неспецифической иммунотерапии препаратом «Аллокин-альфа». Из 39 больных основной группы 36 пациенткам (92%) выполнена операция типа Piver III. В подгруппе больных, получавших иммунотерапию, прооперированы 100% больных. В контрольной группе прооперированы 73% (24 пациентки), при этом большинство больных получили 3 курса индукционной химиотерапии, а в 15% случаев для перевода в резектабельное состояние понадобилось еще и проведение дистанционной гамма терапии в СОД 20 Гр. В основной группе гастроинтестинальная токсичность не превышала I степени и отмечена у 13% больных; гематологической токсичности не было ни в одном случае. В контрольной группе у 27% пациенток гематологическая токсичность III степени (в основном, за счет развития лейкопении и анемии) требовала изменения ритма и режима проводимого лечения. Развитие гастроинтестинальной токсичности II–III степени в группе больных, получавших стандартную химиотерапию, отмечено у 57,5% больных, что требовало более длительного пребывания пациенток в стационаре и проведения дополнительной инфузионной детоксикационной и сопроводительной терапии. При оценке кожной токсичности выявлено, что алопеция у пациенток контрольной группы отмечена в 35% наблюдений. В основной группе алопеция зарегистрирована только у двух больных. Гиперпигментация кожи была одинаково выраженной в обеих группах.

Таким образом, включение в программу неоадъювантного лечения ПА и курса иммунотерапии позволяет в более короткие сроки привести больных МРРШМ к оптимальному стандартному варианту хирургического пособия и достоверно снизить частоту осложнений проводимого лечения.

Заболеваемость и выживаемость больных ЗНО полости носа, среднего уха и придаточных пазух с учетом стадии заболевания и гистологической структуры опухоли

Мерабишвили В.М., Мерабишвили Э.Н.

НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова Минздрава России, Санкт-Петербург;
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. Расчеты выживаемости больных злокачественными новообразованиями (ЗНО) на популяционном уровне в России не проводились в связи с отсутствием системы популяционных раковых регистров (ПРР), работающих по международным стандартам. Такая возможность появилась только с созданием ПРР в Санкт-Петербурге. Расчет показателей выживаемости больных ЗНО возможен только при условии строгого соблюдения всех правил проведения исследования. ЗНО полости носа, среднего уха и придаточных пазух при расчетах заболеваемости рассматриваются вместе по двум рубрикам МКБ-10: С30 и 31 (С30- ЗНО полости носа и среднего уха, С31 – ЗНО придаточных пазух). БД ПРР представляет возможность исследования выживаемости больных по любому параметру, в том числе и по четвертому знаку МКБ-10 и гистологическому типу опухоли.

Цели и задачи. Исчислить показатели наблюдаемой и относительной выживаемости больных раком носа, среднего уха и придаточных пазух, сравнить полученные данные со среднеевропейскими показателями (по программе Eurocare). Провести расчеты выживаемости данной группы больных по полу, возрасту, стадии заболевания и гистологическому типу опухоли.

Материалы и методы. Для проведения исследования из БД ПРР отобрано 565 случаев ЗНО полости носа, среднего уха и придаточных пазух среди мужского и женского населения. Санкт-Петербурга за 1994–2009 гг. Для расчета использованы показатели наблюдаемой и относительной выживаемости, исчисленные по международным стандартам (Eurocare).

Результаты. По многим территориям России, имеющим численность населения около 1 млн. человек, регистрируется в год 1–3–5 новых случаев ЗНО по рубрикам С30 и 31. За анализируемый период наблюдения не отмечено существенной динамики этих показателей. По России невозможно вычислить уровень смертности от данной патологии, а также уровень морфологической верификации, распределения больных по стадиям заболевания, накопления контингентов больных, одногодичную летальность и выживаемость больных. Эти расчеты можно осуществить только на основе баз данных популяционных раковых регистров. Наши данные свидетельствуют, что 5-летняя наблюдаемая и относительная выживаемость больных ЗНО полости носа, среднего уха и придаточных пазух постоянно нарастает, но отстает от

среднеевропейского. Наименьший уровень выживаемости больных наблюдается при плоскоклеточном и низкодифференцированном раке.

Раково-эмбриональный антиген и антиген СА 242 в оценке степени распространенности рака прямой кишки до начала лечения

Минаева Н.Г., Ерыгин Д.В., Северская Н.В., Ершова И.Л.

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф.Цыба – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Обнинск

Цель исследования. Оценить информативность показателей раково-эмбрионального антигена (РЭА) и антигена СА 242 у больных раком прямой кишки (РПК) до начала лечения в зависимости от степени распространенности и степени дифференцировки опухоли.

Материалы и методы. Проведен анализ показателей опухолевых маркеров РЭА и СА 242 в сыворотке крови 58 больных РПК до начала лечения в клинике МРНЦ. Возраст пациентов составил от 42 до 78 лет (медиана 59 лет). Большинство (32/58) – лица мужского пола. У 17,3% (10/58) больных определена стадия II заболевания, у 60,3% (35/58) – стадия III, у 22,4% (13/58) – стадия IV. У всех пациентов морфологически верифицирована аденокарцинома разной степени дифференцировки: 28% (16/58) – G1, 67% (39/58) – G2, 5% (3/58) – G3. Определение РЭА проводилось с использованием наборов Tosoh Bioscience ST AIA-PACK CEA (Япония), пороговый уровень – 5,8 нг/мл. Концентрация СА 242 определялась с использованием наборов CanAg CA 242 EIA (Швеция), пороговый уровень – 20,0 Ед/мл.

Результаты. Уровень РЭА до начала лечения составил 43,4 нг/мл (1,01–965,0 нг/мл), уровень СА 242–46,6 Ед/мл (0,06–265,0 Ед/мл). Выявлено, что степень повышения РЭА и СА 242 коррелирует со стадией заболевания. Повышение РЭА наблюдается в 20%, 69% и 92% случаев у больных со стадией II (cN0M0), III (cN1-2M0), IV (cN1-2M1) соответственно ($p < 0,05$). Повышение СА 242 менее выражено: со стадией II ни у кого из пациентов не зарегистрировано значение антигена выше порогового уровня, со стадией III, IV повышение в 31% и 69% случаев соответственно. Отмечено, чем ниже степень дифференцировки опухоли, тем выше уровни опухолевых антигенов. При G1, G2, G3 повышение РЭА наблюдается в 38% (18,6 нг/мл), 64% (47,8 нг/мл), 100% (119,1 нг/мл) случаев соответственно, СА 242 – в 25% (29,6 Ед/мл), 31% (42,9 Ед/мл), 100% (184,5 Ед/мл) случаев соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Уровень РЭА до начала лечения повышен у 65,5%, СА 242 – у 33% больных РПК. Повышение концентрации опухолевых маркеров РЭА и СА 242 коррелирует со стадией заболевания и степенью дифференцировки опухоли.

Исследование мутаций в гене *TP53* у больных плоскоклеточным раком слизистой полости рта и ротоглотки

Минниахметов И.Р., Султанбаев А.В., Сакаева Д.Д., Мусин Ш.И., Насретдинов А.Ф., Султанбаева Н.И.

Республиканский клинический онкологический диспансер, Уфа;
Институт биохимии и генетики УНЦ РАН, Уфа

Плоскоклеточный рак головы и шеи (ПРГШ) составляет около 3% всех злокачественных опухолей. В структуре ПРГШ плоскоклеточный рак полости рта и глотки занимает шестое место по количеству ежегодно диагностируемых случаев в мире. Ежегодно в Российской Федерации рак полости рта и глотки выявляется у 80 тысяч больных, и в 70% случаев – на поздних стадиях заболевания. Предполагают, что развитие ПРГШ всегда сочетается с генетическими нарушениями. Изменения функции белка p53 являются одним из наиболее универсальных молекулярных нарушений при ПРГШ. По данным различных исследований частота выявления мутаций гена *TP53* при опухолях головы и шеи колеблется в пределах 18–77%.

Целью настоящего исследования явился поиск изменений нуклеотидной последовательности, а также выявление частоты и спектра мутаций в гене TP53 у пациентов с ПРГШ из Республики Башкортостан. Материалом исследования послужили образцы ДНК, выделенные из опухолевого материала и периферической крови 18 пациентов с клинически установленным диагнозом «Плоскоклеточный рак головы и шеи», проходивших обследование в Республиканском клиническом онкологическом диспансере г. Уфы.

С целью идентификации мутаций в гене *TP53* у 18 пациентов с ПРГШ из РБ был проведен анализ изменений нуклеотидной последовательности с 5 по 8 экзоны гена *TP53* путем прямого секвенирования ДНК. В результате исследования мутаций в гене *TP53* у больных ПРГШ из РБ в 7 экзоне у 6% пациентов обнаружена мутация c.743G > A (p.R248Q), у 11% пациентов – мутация c.772G > A (p.E258K). У 6% пациентов обнаружены 2 мутации в 7 интроне: c.782+92T > G и c.782+72C > T. В 8 экзоне гена *TP53* с частотой 6% выявлены мутации c.844C > T (p. R282W), c.818G > A (R273H) и c.817C > T (p.R273C). Таким образом, было установлено, мутации в гене *TP53* у пациентов с ПРГШ встречаются в 39% у пациентов с ПРГШ из РБ. Необходимы дальнейшие исследования для оценки прогностической эффективности выявленных мутаций при лечении пациентов с ПРГШ.

Стереотаксическая лучевая терапия/радиохирургия метастазов рака молочной железы в позвоночник в СООД г. Екатеринбург

Миронова Ю.А., Бенцион Д.Л., Баянкин С.Н., Шахнович М.В., Чудиновских В.А.

Свердловский областной онкологический диспансер, Екатеринбург

SBRT/SRS используется при метастазах РМЖ в позвоночник – как этап условно радикального лечения. Высокая доза облучения, подведенная прецизионно, дает локальный контроль в 95–98% случаев. Пациентки имеют несколько лучший прогноз течения заболевания и сроки выживаемости, что позволяет оценить результаты лечения в отдаленном периоде.

Материалы и методы. С 2013–2016 г. пролечено 15 пац. с метастазами РМЖ в позвоночник, 19 очагов. Средний возраст: 57 лет (36–74 г). Всем на этапе отбора выполнено онкологическое обследование с акцентом на выявление очагов в костной системе (МРТ позвоночника, ОСГ). Первичное лечение – 10 пац., повторное – 5. Критерии отбора: ECOG 1-2, отсутствие неврологического дефицита, необходимости оперативного вмешательства на позвоночнике, не более 3 очагов, не более 2 смежных пораженных позвонков, законченное системное лечение основного заболевания и достигнутая стабилизация при метастазах во внутренние органы. На момент начала ЛТ пациентки получали гормонотерапию, бисфосфонаты. По локализации процесса в позвоночнике: шейный отдел – 4 (21%), грудной отдел – 8 (42%), поясничный отдел – 7(37%). SBRT/SRS выполнялась на ЛУЭ ELEKTA Synergy S, с многолепестковым коллиматором, системой визуального контроля, роботизированной системой коррекции положения пациента, и с соблюдением всех этапов подготовки, планирования и контроля лечения. Предписанная доза на очаг составила 20–25 Гр за 3–5 фракций: 8 Гр*3 – 10 (52,6%); 5Гр*5 -3(15,8%); 4Гр*5 -4(21,1%); 10 Гр*1 – 2(10,5%). Два последних режима использовались при повторном облучении. Допустимая доза облучения спинного мозга – не более 10 Гр для 10% объема. Объем очага облучения составил 20–72 см^3.

Результаты. Все пациентки перенесли курс лечения удовлетворительно, у 2 (10,5%) – тошнота 1 ст, рвота 1 ст по шкале CTCAE v.4. Не зафиксировано токсичности 3–4 ст. Сроки наблюдения составили 6–42 мес. 12 пациенток наблюдаются более 12 мес, 7 – более 24 мес. 4 (26,6%) – погибли от прогрессирования заболевания в сроки 18 мес. Регресс болевого синдрома с умеренного (4-6б по ВАШ) до минимального(1-3б) наступал в среднем в срок 3 недели от SBRT. Не выявлено нарастания неврологического дефицита, появления новых неврологических симптомов.

Выводы. Методика SBRT/SRS удовлетворительно переносилась пациентками, отмечено отсутствие клинически значимых токсических реакций, значительное сокращение сроков лечения.

Паллиативная помощь онклогическим больным в Челябинской области

Мироченко М.Н., Важенин А.В., Лукин А.А.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Тема паллиативной помощи онкологическим больным является актуальной для любого региона РФ. В Челябинской области актуальность определяется эпидемиологией ЗНО: заболеваемость выросла за 10 лет с 308,3 на 100 тыс. населения до 409,7, смертность составляет 201,2 на 100 тыс. В год выявляется 14 тыс. новых случаев, из них 3122 в IV стадии. Значительно возросло количество пациентов, состоящих на онкологическом учете в области, достигнув 83,5 тысячи. Потребность в коечной мощности системы паллиативной помощи исчисляется количеством населения области. Численность населения Челябинской области в 2015 г. порядка 3 480 000 человек. Численность населения города Челябинск порядка 1 150 000 человек. Исходя из норматива 100 коек на 1 млн. населения получаем 115 коек для жителей города и 233 для населения области.

Паллиативная помощь в Челябинской области начала формироваться в 2000 году на базе ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» с организацией центра паллиативной помощи. Эта структура не имела собственной коечной мощности, а была предназначена в основном для консультативно-методической работы. Важным достижением центра стало создание кабинета противоболевой терапии на базе поликлиники ГБУЗ «ЧОКОД». Кабинет активно работает, выполняя порядка 2500 консультаций в год. Одновременно с центром, в городе открывается «хосписное» отделение на базе ГКБ №8. Сейчас отделение имеет 14 коек и выездную бригаду для обслуживания населения одного из районов города Челябинск.

В настоящее время ГБУЗ «ЧОКОД» не теряет своих лидирующих позиций в регионе: функционирует отделение паллиативной медицинской помощи на 10 коек на своей базе, кроме того, открыто подобное отделения на базе ГБУЗ «ЧОКОД №2» в г. Магнитогорск. В планах перепрофилирование коечного фонда сельских больниц п. Багаряк и Саргазы, потерявших в настоящее время свое значение, для паллиативной помощи. Кроме того, существует план перепрофилирования одного из терапевтических стационаров г. Челябинск в центр паллиативной помощи согласно приказу Минздрава России от 14 апреля 2015 г. №187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».

Болевой синдром у онкологических больных при нейроэндокрмнных опухолях в Алтайском крае

Митина О.Г., Лазарев А.Ф., Задонцева Н.С.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул;
Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул

Введение. По данным ВОЗ, около 70% онкологических больных страдают от боли различной интенсивности. В связи с особенностью при нейроэндокринной патологии вовлечения выброса гормонов, наблюдаются особенности течения клинической картины онкологического процесса. Цель исследования: определить группу онкологических больных с нейроэндокринными опухолями (НЭО) имеющих болевой синдром (БС) за 2015–2016 гг. Оценить данные по интенсивности БС больных с НЭО и сравнить их с данными БС в общей и контрольной группе онкологических больных.

Материалы и методы: данные отчета о проделанной работе по оказанию паллиативной медицинской помощи в КГБУЗ АКОД за 2016 г. Данные канцер-регистра в КГБУЗ АКОД с 2000 по 2016 год. Группа больных с НЭО за 2015 и 2016 год. Контрольная группа онкологических больных с наличием БС (2015 г. – 40, 2016 г. – 40). Для оценки интенсивности боли применялась визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Результаты: За период 2016 г., в сравнении с вторым полугодием 2015 г., кол-во принятых пациентов с ХБС увеличилось с 460 до 1080. 2016 г. слабый БС – 235 (21,7%); умеренный БС – 329 (30,6%); сильный БС – 516 (47,7%); 2015 г. слабый БС – 70 (15,2%); умеренный БС – 245 (53,2%); сильный БС – 145 (31,6%). Состоит на Д-учете в онкологических учреждениях края – 63 471 человек, из них в IV клинической группе – 1315 человек. Данные ретроспективного обзора канцер-регистра в КГБУЗ АКОД с 2000 по 2016 г. дают данные о кол-ве больных с НЭО – 342 случая (2015 г. – 45, 2016 г. – 47). Данные проспективного исследования: Группа больных с НЭО за 2015 г. – 30 (с БС 12); Группа больных с НЭО за 2016 г. – 34 (с БС 15). 2016 г. слабый БС – 7 (46,7%); умеренный БС – 5 (33,3); сильный БС – 3 (20%); 2015 г. слабый БС – 6 (50%); умеренный БС – 5 (41,7); сильный БС – 1 (8,3%).

Выводы. Таким образом, нами выявлено что согласно показаниям шкалы, ВАШ наличие болевого синдрома и его интенсивность у онкологических больных при нейроэндокринных опухолях менее выражен, чем у больных со злокачественными образованиями других локализаций.

Электрохимический лизис опухоли (ЭХЛ) в лечении местнораспространенного рака предстательной железы промежуточного и высокого риска

Михайлов А.А., Мошуров И.П., Михайлов Д.А., Струкова Л.С., Сержантова О.В.

Воронежский областной клинический онкологический диспансер, Воронеж

Лечение местнораспространенного рака ПЖ высокого и промежуточного риска у пожилых, имеющих выраженную соматическую патологию больных, является актуальной проблемой в онкоурологии. Исследована возможность использовать электрохимический лизис (ЭХЛ, биоэлектротерапию, БЭТ) в лечении этого контингента больных.

Объектом исследования была группа из 33 больных гормонорезистентным РПЖ с Т2-Т3в, проходившими лечение в БУЗ ВО ВОКОД в 2014–2016 годах. Средний возраст больных составил 74,6 года. Пациентам проводилось от 3 до 8 сеансов ЭХЛ. У 12 пациентов на момент начала БЭТ была наложена эпицистостома. У 16 отмечен рецидивный процесс Минимальный объем ПЖ с опухолью составлял 60 куб. см. максимальный 262 куб.см. Уровень ПСА от 12 до 960 нм/л. Эффективным ответом считали снижение импеданса ниже 300 Ом. В среднем за сеанс пациент получал 278 ± 20,9 Кулонов энергии.

При проведении ЭХЛ выражено снижается уровень ПСА, уменьшается объем опухолевой массы, оказывается обезболивающий эффект, улучшается мочеиспускание. После завершения лечения из 12 больных с эпицистостомой восстановилось самостоятельное мочеиспускание у 11 пациентов и эпицистостомы удалены.

Эффект оценивался по биохимическим маркерам рака простаты и ультразвуковым критериям наличия опухоли, и динамике размеров простаты. Полная ремиссия (CR) достигнута у 13 пациентов (39,4%), частичная ремиссия (PR) у 10 пациентов (30,3%), без динамики (NC) 5 пациента (15%), прогрессирование на курсе лечения (PD) 5 больных (15%). Всего положительного ответа (CR+PR) 69,7%.

Пациентами отмечается хорошая переносимость лечения. Все сеансы возможно проводить в амбулаторном режиме, осложнения электровоздействия в виде электроотметок не превышают 12%.

В срок наблюдения до 2 лет в группе больных с достигнутой биохимической ремиссией, рецидивов, при ежеквартальном обследовании не обнаружено.

Таким образом, получена возможность эффективного, неинвазивного варианта лечения РПЖ высокого и промежуточного риска в случаях отягощенной соматической патологии и выраженной гормональной резистентности. В условиях регионального онкологического диспансера не отмечается альтернативы по безопасности воздействия, практическому отсутствию противопоказаний у сложного контингента больных местнораспространенным РПЖ.

Применение терапии Бусерелином для лечения распространенных форм рака предстательной железы

Мишугин С.В.[1], Грицкевич А.А.[2], Мордовин А.А.[1], Дробязко А.А.[1], Русаков И.Г.[1]

[1]Городская клиническая больница им. Д.Д.Плетнева, Москва;
[2]Институт хирургии им. А.А.Вишневского, Москва, Россия

Актуальность: сегодня гормональная терапия (ГТ) является эффективным методом лечения распространенных формах рака предстательной железы (РПЖ). ГТ при данной патологии подразумевает проведение андрогенной блокады путем выключения продукции эндогенного тестостерона. В настоящее время основным методом андрогенной депривации является медикаментозная кастрация при помощи агонистов ЛГРГ. Преимущество лекарственной андрогенной депривации неоспоримо перед хирургической кастрацией. Одним из применяемых в российских клиниках является отечественный препарат Бусерелин-депо.

Цель исследования. Целью исследования была оценка эффективности препарата Бусерелин-депо в дозе 3,75 мг, с частотой приема 1 раз в 28 дней, путем изучения динамики уровней тестостерона, ПСА, объема предстательной железы; определить степень влияние препарата на статус активности пациентов и уровень болевого синдрома и сравнить с группой больных, получавших лечение другими аналогами ЛГРГ, провести мониторинг побочных эффектов.

Материалы и методы. В анализ были включены 358 пациентов с местнораспространенным и диссеминированным РПЖ, принимавших лечение аналогами ЛГРГ. В первой группе (n = 136) пациенты получали лечение препаратом Бусерелин-депо, во второй (n = 222) – одним из других аналогов ЛГРГ (гозерелин, лейпрорелин, трипторелин).

Результаты. Применение Бусерелин-депо приводит к снижению уровня ПСА, обеспечивает стабильное снижение уровня тестостерона в сыворотке крови до подкастрационного уровня, уменьшение объема предстательной железы. У ряда пациентов отмечено снижение потребности и дозы анальгетиков и соответственно повышение статуса активности. Полученные данные сопоставимы с показателями в группе пациентов, получавших другие аналоги ЛГРГ.

Выводы. Опыт применения Бусерелин-депо показал, что его использование дает адекватные результаты при лечении гормон зависимого РПЖ. Бусерелин-депо может эффективно применяться в качестве самостоятельной терапии или в комбинации с другими препаратами у больных РПЖ.

Использование гормональной терапии при раке предстательной железы в интермиттирующем режиме

Мишугин С.В.[1], Грицкевич А.А.[2], Мордовин А.А.[1], Дробязко А.А.[1], Русаков И.Г.[1]

[1]Городская клиническая больница им. Д.Д.Плетнева, Москва;
[2]Институт хирургии им. А.А.Вишневского, Москва, Россия

Актуальность. Интермиттирующая гормональная терапия (ИГТ) применяется для уменьшения частоты побочных действий используемых препаратов и улучшения качества жизни больных. Постоянная ГТ имеет ряд побочных явлений: половая дисфункция, приливы. Увеличивается риск возникновения метаболического синдрома, что приводит к сердечно-сосудистым заболеваниям, СД, остеопорозу.

Цель исследования: оценка эффективности стандартной ИГТ и ИГТ в последовательном режиме с применением агонистов ЛГРГ и нестероидных антиандрогенов путем изучения динамики уровней ПСА, тестостерона (Т), объема предстательной железы; выяснить влияние данных схем на статус активности пациентов, в том числе возможность возвращения эректильной функции в периоды между циклами применения гормональных препаратов, оценить риск развития осложнений.

Материалы и методы. В группу с ИГТ аналогами ЛГРГ включено всего 187 больных. Группа ИГТ была разделена на подгруппы: 1 – пациенты, получающие ИГТ по стандартной схеме (n = 99), 2 – (n = 88) пациенты получали в течении 3 мес агонисты ЛГРГ с переходом на высокие дозы антиандрогенов (бикалутамид 150 мг).

Результаты. Применение ИГТ уменьшает степень выраженности метаболического синдрома и возникновение других осложнений, а также снижает количество затрачиваемого препарата. В первой группе возврата к потенции у пациентов не отмечено, что вероятнее всего обусловлено недостаточным уровнем тестостерона через 6 мес после окончания индукционного курса – 3,8 ± 2,04 нмоль/л. После 6 мес перерыва ИГТ чаще всего приходилось продолжать ГТ не достигнув уровня Т необходимого для возврата к эректильной функции. В группе последовательной терапии практически у всех мужчин был достигнут достаточный уровень Т для возобновления эрекции (12,7 ± 2,72 нмоль/л).

Выводы: ИГТ – эффективный и безопасный метод гормонального лечения у больных РПЖ, результаты которого сопоставимы с таковыми при ПГТ. Данный метод существенно улучшает качество жизни больных в период отсутствия терапии и снижает стоимость проводимого лечения.

Вторая линия лечения прогрессирующего рака предстательной железы октреотидом пролонгированного действия

Мишугин С.В.[1], Грицкевич А.А.[2], Мордовин А.А.[1], Дробязко А.А.[1], Русаков И.Г.[1]

[1]Городская клиническая больница им. Д.Д.Плетнева, Москва;
[2]Институт хирургии им. А.А.Вишневского, Москва, Россия

Актуальность. На базе ГКБ им. Д.Д.Плетнева было проведено исследование, целью которого явилось определение оценки эффективности и безопасности лечения больных Октреотидом пролонгированного действия при прогрессировании РПЖ как не получавших химиотерапии, так и после лечения доцетакселом.

Материалы и методы. В исследование включено 64 пациента с РПЖ, которые получали лечение октреотидом длительного действия 20 мг и дексаметазоном. Октреотид вводили внутримышечно по 20 мг каждые 28 дней. Все пациенты до прогрессирования получали гормональную терапию и продолжали получать андрогенную депривацию в течение периода лечения октреотидом.

Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-й (n = 31) получали терапию после завершения лечения бикалутамидом 150 мг, во 2-й (n = 33) после химиотерапии (ХТ) 1 линии доцетакселом. Эффективность и побочные действия оценивали после каждого курса терапии.

Результаты. Полученных результаты показали, что в обеих группах у части пациентов отмечалось снижение ПСА: 22 (71%) больных, не получавших ХТ, и 15 (45,5%) в группе после ХТ. У пациентов после ХТ стабилизация заболевания зафиксирована у 8 больных (24,2%). Длительность положительного эффекта составила от 3 до 13 мес, стабилизация уровня ПСА в группе после ХТ более чем 3 мес – 53,3%, медиана безрецидивной выживаемости – 5 мес.

В обеих группах увеличилось количество пациентов, не нуждающихся в применении обезболивающей терапии на 6,7%. Снижение градации болевого синдрома у 19,4% (6 из 31) пациентов в 1-й группе и у 12,1% (4 из 33) во 2-й. Соответственно изменился статус активности больных в положительную сторону: у 4 (12,9%) пациентов из 1-й группы и у 2 (6,1 %) во 2-й группе.

Выводы: Октреотид длительного действия – высокоэффективный аналог соматостатина, оказывающий лечебный эффект при прогрессировании РПЖ у 31,3% больных, вызывающий снижение ПСА > 50%, у 45,2% больных, не получавших химиотерапевтическое лечение, и стабилизацией уровня ПСА у 24,2% больных, прогрессирующих после завершения первой линии доцетакселом.

Особенности динамики гематологических показателей в процессе лучевой терапии у онкологических больных с хроническим облучением в анамнезе

Мозерова Е.Я., Важенин А.В., Шарабура Т.М.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

С целью выявления особенностей динамики гематологических показателей в процессе лучевой терапии у онкологических больных с хроническим облучением в анамнезе, обусловленным деятельностью комбината «Маяк», проведена сравнительная оценка содержания форменных элементов крови и гемоглобина до начала лучевой терапии и в среднем через 2 недели после начала лечения.

Содержание эритроцитов, гемоглобина, лейкоцитов у лиц с хроническим облучением в анамнезе (основная группа) и у пациентов без указания на предшествующее облучение (контрольная группа), не различалось исходно и не претерпевало существенных изменений в процессе лучевой терапии. Статистически значимым явилось различие в относительном количестве моноцитов в процессе лучевой терапии – в основной группе содержание моноцитов было значимо меньше (p = 0,017), чем в контрольной. Кроме того, обращает на себя внимание снижение в процессе лучевой терапии относительного количества лимфоцитов в периферической крови пациентов основной группы на 40%. В контрольной группе снижение лимфоцитов составило 16%. Данные различия в динамике лимфоцитов статистически значимы ($p < 0,001$). Снижение медианы относительного содержания моноцитов в основной группе составило 20%, в контрольной группе относительное количество моноцитов не изменилось. Данные показатели значимо различались в сравниваемых группах ($p < 0,001$).

По результатам проведенного регрессионного анализа не получено свидетельств статистически значимого влияния параметров предшествующего хронического облучения (дозы облучения красного костного мозга и мягких тканей, обусловленной хроническим радиационным воздействием, возраста начала воздействия ионизирующего излучения и срока от начала воздействия ионизирующего излучения до лечения) на содержание гемоглобина и форменных элементов крови. Объем облучаемого в процессе лечения костного мозга также не оказывал существенного влияния на гематологические показатели.

Непосредственные результаты применения различных модификаций неоадъювантной полихимиотерапии в лечении больных местнораспространенным раком шейки матки

Моисеенко Т.И., Назаралиева Н.А., Меньшенина А.П., Непомнящая Е.М., Бойко К.П.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростова-на-Дону

В работе проанализирована эффективность лечения 80 больных РШМ IIB-IIIB стадий с экзофитной формой, в возрасте от 25 до 45 лет. Первым этапом лечения у всех пациенток применялась системная неоадъювантная химиотерапия (НАХТ) по схеме: цисплатин (75 мг/м^2 в 1 день введения) и блеомицетин (20 мг/м^2 с 1–5 дни). Пациентки были разделены на 2 группы: I группу составили 50 больных, получавшие на фоне системной НАХТ контактную сонодинамическую химиотерапию в течение 7 дней (с использованием среднечастотного ультразвукового воздействия (УЗВ) – аппарат для УЗ-терапии). В качестве модификатора УЗВ применяли 5% гель 5-фторурацил, который наносили на озвучивающую поверхность волновода и передвигали его по очагу поражения, не отрывая от поверхности опухоли в течение 15 мин. Иммуногистохимическим методом определялась глубина воздействия цитостатика: до 4 см. II группу составили 30 больных, получавшие только стандартную НАХТ. В I и во II группе регресс опухоли подтверждался в процессе лечения сонографически и данными КТ/МРТ. В I группе больных для достижения подтвержденной ремиссии у 83% больных понадобилось не более двух курсов ПХТ. Во II группе после трех курсов ПХТ ремиссия отмечена в 65% случаев. Из 50 больных, получавших на первом этапе лечения НАХТ в сочетании с сонодинамической химиотерапией, 42 пациентки (83%) были прооперированы – в объеме расширенной экстирпации матки с придатками (операция Piver III). Во II группе после НАХТ для радикальной операции подготовлены 43 больных, при этом 7 пациенткам этой группы для продолжения радикального лечения потребовалась СЛТ. В I группе метастазы в регионарные лимфоузлы при морфологическом исследовании обнаружены у 4 больных из 44 (9%); во второй – у 5 из 23 прооперированных пациенток (21%). Морфологические изменения в первичных опухолях больных I группы соответствовали в большинстве случаев патоморфозу II–III степени (72 %), из них в 11% случаев отмечена полная морфологическая регрессия опухоли. В опухолях II группы после химиотерапии у 53% больных преобладали изменения, соответствующие I–II степени лекарственного патоморфоза. Таким образом, включение в программу комплексного лекарственного неоадъювантного лечения сонодинамической химиотерапии позволяет в более короткие сроки добиться выраженной регрессии опухоли и привести больных к оптимальному стандартному варианту хирургического лечения.

Роль хронической инфекции в формировании клинико-морфологических вариантов рака тела матки

Моисеенко Т.И., Франциянц Е.М., Вовкочина М.А., Непомнящая Е.М., Черникова Н.В., Адамян М.Л., Абдуллаева Н.М. Мягкова Т.Ю. Кравцова О.Е., Порываев Ю.А.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, Ростов-на-Дону

Цель исследования: определить место хронический инфекции гениталий в формировании клинико-морфологических вариантов рака тела матки.

Материалы и методы: в исследование включены данные анамнеза, клинического течения и морфологических особенностей РТМ у 180 больных разных возрастных групп, в зависимости от характера инфицирования ткани карциномы эндометрия по результатам ПЦР. По возрастным категориям: менопаузальных больных было 75%; перименопаузальных – 18,3%; больных репродуктивного возраста – 6,7%. Преимущественным гистотипом рака эндометрия в 87% случаев оказалась эндометриоидная аденокарцинома; в 13% установлены агрессивные светлоклеточная, серозно-папиллярная и аденоплоскоклеточная карциномы. Методом ПЦР определяли наличие в опухоли инфекционного агента бактериального и/или вирусного происхождения. Результаты исследования. По результатам ПЦР – исследования ткани рака эндометрия в 2% случаев было установлено инфицирование опухоли микроорганизмами: хламидиями, цитомегаловирусами и вирусами простого герпеса. Из указанного числа смешанная (бактериальная + вирусная) инфекция обнаружена в 83% опухолей; комбинированная вирусная – в единичных случаях; моноинфекция (бактериальная или вирусная) – в 16% образцов. Опухоли с отсутствием инфекционного агента были обнаружены у больных в пери- и менопаузе. Макроскопически инфицированные опухоли эндометрия у менопаузальных больных были представлены инфильтративно-язвенными процессами с глубоким инвазивным ростом и преимущественно G2-3, дифференцировкой. Аналогического характера инфицированные опухоли у больных репродуктивного возраста имели экзофитный рост и отличались меньшей агрессивностью (G1-2, дифференцировка). Следует отметить, что у больных репродуктивного возраста с выявленной моноинфекцией в 43% случаев обнаружены наиболее благоприятные варианты РЭ; очаги G1-эндометриоидной аденокарциномы на фоне атипической железистой гиперплазии эндометрия. У больных в глубокой менопаузе с опухолью, инфильтрированной вирусными агентами, на фоне атрофичного эндометрия развивались агрессивные гистотипы РТМ.

Заключение. Наличие хронической инфекции в карциноме эндометрия оказывает прямое влияние на морфологический тип и агрессивность опухоли в зависимости от возраста пациентки.Отсутствие инфекции в карциноме эндометрия, по данным ПЦР, возможно, свидетельствует о недостаточной детекции возбудителя указанным методом.

Использование онтологий при построении аналитических отчетов в госпитальном регистре

Мокина В.Д., Родин С.Р., Семенович М.В., Павлишина А.И.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Москва

Онкология изучает особенности развития доброкачественных и злокачественных опухолей, механизмов и причин их возникновения под влиянием наследственности, генетических изменений и образа жизни. Особую роль в оценке эффективности лечения в каждом отдельном виде рака играют специальные методики формирования статистики заболеваемости и разработка информационной поддержки подходов к анализу методов и результатов лечения. Прогресс в решении этих задач в настоящее время связывается с разработкой компьютерных систем, основанных на знаниях.

Важным элементом решения задачи информационной поддержки процесса анализа методов и результатов лечения является проблема интеграции и консолидации информации на всех этапах ее получения – от сбора и классификации данных до формирования количественной и качественной оценки информации о ходе лечебно-диагностического процесса с целью получения достоверных выводов, прогнозов и решений.

Особую сложность при интеграции представляют данные, поступающие из источников, имеющих разные модели и различную семантику, что особенно актуально в онкологии, вобравшей в себя не только разнообразные медицинские специализации, но и достижения из смежных наукоемких междисциплинарных областей.

Для автоматизации работы с такими данными семантика должна быть явным образом выражена и включена в эти данные. Ключевым элементом манипулирования данными и их семантикой является использование онтологий, позволяющих создавать модели, более точно соответствующие реальности, чем другие способы классификации. Использование онтологий для создания запросов и анализа методов и результатов лечения не сложнее традиционных методов, поскольку онтологический граф отражает отношения между самими сущностями.

Центральным звеном в решении задачи формирования статистики заболеваемости и разработки информационной поддержки подходов к анализу методов и результатов лечения в МНИОИ им. П.А.Герцена является разработка компьютерных систем, основанных на использовании онтологий как модели представления знаний. Разработка онтологии предметной области «Онкология» для построения базы знаний в перспективе позволит эффективно решать задачи построения аналитических отчетов в Госпитальном регистре.

Роль лучевых методов исследования в диагностике центрального рака легкого

Мочалина Е.Н., Евсеева М.И., Братникова Г.И, Чернова О.Н., Лукин А.А., Афанасьева Н.Г.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Цель исследования: определить возможности методов лучевой диагностики (классического ренгенологического метода, компьютерной томографии, ПЭТ/КТ) в диагностике центрального рака легкого (ЦРЛ).

Были отобраны 100 пациентов Челябинской области (ЧО), обратившихся впервые в поликлинику ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» (ЧОКОД) в 2013 г., которым был установлен диагноз ЦРЛ путем взятия материала для гистологического исследования при фибробронхоскопии (ФБС) либо оперативным путем.

Полученные данные:

1. Центральный рак легкого с помощью ФОГ был выявлен только в 18% случаев.

2. Чувствительность рентгенологического классического метода составила 47%, чувствительность МСКТ – 97%.

3. В соответствии со стандартами – МСКТ органов грудной клетки было выполнено в 100% случаев, из них 10% – без контрастного усиления-преимущественно по месту жительства.

4. В соответствии с Приказом Минздрава ЧО от 26.10.2015 №1581 обследование пациентов с подозрением на ЦРЛ необходимо проводить в соответствии со стандартами РКТ-, МРТ-, ПЭТ/КТ исследований в онкологии (Б.И.Долгушин, И.Е.Тюрин, А.Б.Лукьянченко и др., 2014 г.).

5. Полный объем обследования, в соответствии с приказом №68 от «21»01/2016 г. Министерства здравоохранения Челябинской области, проведен только в 56 случаях. 44 пациента по месту жительства были недообследованы, что приводило к удлинению сроков первичной диагностики ЦРЛ в 2 группах до 30 дней – в 15%, до 60 дней – в 25%, до 90 дней и более – в 7% случаев.

6. Гистологическое подтверждение диагноза было получено в течение 10 дней – в 8% случаев, до 30 дней – в 56% случаев, до 60 дней – в 24% случаев, свыше 60 дней – в 12% случаев.

Вывод: на сегодняшний день рак легкого выявляется как случайная находка при проведении ФОГ. Метод низкодозовой спиральной компьютерной томографии значительно повышает вероятность выявления опухолей легкого маленьких размеров, что в свою очередь положительно сказывается на результатах лечения и снижает показатели смертности.

Влияние нутритивной поддержки на проведение химиолучевого лечения рака орофарингеальной зоны, гортани и пищевода

Мошуров И.П.[1,2], Савенок Э.В.[1], Знаткова Н.А.[1], Цурикова А.В.[1], Стикина С.А.[1,2], Рябошлык Н.В.[1], Гончарова О.В.[1]

[1]Воронежский областной клинический онкологический диспансер, Воронеж;
[2]Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, Воронеж

Цель: оценка частоты развития лучевых и токсических реакций при проведении химиолучевого лечения рака орофарингеальной зоны, гортани и пищевода на фоне нутритивной поддержки.

Материалы и методы. В исследование включено 46 амбулаторных пациентов с морфологически верифицированным нерезектабельным раком орофарингеальной зоны 19 случаев (41%), гортани 15 случаев (33%), пищевода 12 случаев (26%). Всем пациентам проводилась лучевая терапия на фоне препаратов платины (Цисплатин 100 мг/м2 1 раз в 21 день). Лучевая терапия осуществлялась на линейном ускорителе Electa Synergy S с использованием индивидуальной фиксации в режиме традиционного фракционирования РОД 1,8–2 Гр, 5 дней в неделю до достижения СОД экв. 54–74 Гр объемно-модулированными методиками (IMRT, VMAT). Для профилактики и купирования токсических эффектов применялась сопроводительная терапия. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от включения в сопроводительную терапию нутритивной поддержки. Пациентам первой группы (n = 22) проводилась симптоматическая терапия с нутритивной поддержкой: 12 получали Nutridrink 125 мл – 3 раза в день, 10 пациентов получали Forticare 125 мл – 3 раза в день за весь период лечения (5,5–8 нед). Вторую группу составили 24 пациента, которым проводилась стандартная сопроводительная терапия. Распределение по локализациям первичной опухоли, морфологической верификации и критериям резектабельности идентично по группам. Оценка токсических эффектов проводилась по шкале EORTC/RTOG.

Результаты. В результате лечения токсических эффектов, требующих интенсивной терапии при проведении химиолучевого лечения 46 пациентам раком орофарингеальной зоны, гортани и пищевода, не наблюдалось. Медиана наблюдения составила 12+/-1,5 месяца в первой группе и 14+/-2 месяцев во второй группе. Из 22 пациентов первой группы только у 3 пациентов (13,6%) потребовалось проведение вынужденного перерыва (5–8 дней) в связи с развитием мукозита III степени, и 1 пациенту (4,5%) потребовался перерыв для проведения гемостимулирующей терапии в связи с развитием нейтропении. Во второй группе при проведении химиолучевого лечения мукозит III степени развился у 5 пациентов (22%), нейтропения у 4 пациентов (16%), дисфагия у 4 пациентов (16%), что потребовало вынужденного перерыва в лечении (10–14 дней). Таким образом из 22 пациентов первой группы 18 (82%) проведено химиолучевое лечение без перерывов. Из 24 пациентов второй группы только 11 (46%) получили запланированное химиолучевое лечение. Остальным 13 пациентам (54%) были проведены вынужденные перерывы.

Заключение. Подключение нутритивной поддержки при проведении химиолучевого лечения исходно неоперабельного рака орофарингеальной зоны, гортани и пищевода снижает вероятность вынужденного перерыва при химиолучевом лечении, что по данным большинства отечественных и иностранных авторов положительно сказывается на отдаленных результатах лечения пациентов.

Преимущества роботассистированной перед лапароскопической резекцией при раке почки

Мурашко Р.А., Сосновский И.Б., Никитин Р.В., Ширвари А.А.

Клинический онкологический диспансер №1 Минздрава Краснодарского края, Краснодар

Цель исследования: оценка периоперационных параметров и резекций почки, выполненных лапароскопическим и роботассистированным методами.

Материалы и методы. Мы проанализировали 88 операций, выполненных при раке почки Т1 в период с 2011 по 2015 гг. В первой группе, прооперированных на роботе Da Vinci было 13 человек, в группе лапароскопических резекций – 75. В группе РаРП – 5 (38,5%) и 8 (61,5%). Средний размер опухоли в группе РаРП – 24 мм (15–42 мм), при лапароскопической резекции составил 37 мм (от 22 до 78 мм). В группе роботассистированных операций опухоль локализовалась в верхнем полюсе в 2 (15,4%) случаях, в нижнем полюсе в 5 (38,5%) случаях, средний сегмент был поражен в 6 (46,1%) случаях. В группе лапароскопических операций в 14 (18,7%), 26 (34,6%) и 35 (46,7%) соответственно. Стадирование опухоли Т1 во всех случаях роботассистированного доступа (13), во 2-й группе Т1–2 в 56 (74,5%) случаях, Т3 – 17 (22,7 %), 2 (2,7%) пациента из 2-й группы имели 4-ю стадию (MTS PULM). Средний размер опухоли в 1-й группе составил 24 мм (15–42), во 2-й группе 37,2 мм (22–78). Положительный хирургический край в группе робот-ассистированных операций выявлен не был, в группе лапароскопических операций был выявлен в 1 случае, что потребовало ререзекции.

Результаты. Среднее время лапароскопической резекции составило 122,8 (80–260) мин, РаРП-116,5 (64–280) мин. Среднее время ишемии составило 20,6 мин в 1-й группе, 24,4 мин во второй.

Кровопотеря 125 мл в 1-й, 160 мл – во 2-группе. Конверсия в нефрэктомию проведена в 12 случаях (16%) в группе лапароскопических операций. В группе РаРП конверсий не было, что объясняется более тщательным отбором пациентов на этапе формирования опыта. Осложнения раннего ПО периода: гематурия 2 (15,4%) в 1-й группе, 6 (8,0%) – во второй), забрюшинная гемато-

ма 1 (7,7%) и 8 (10,7%), инфаркт почки во 2-й группе в 1 случае (1,3%) и ХПН в 4 (5,3%) случаях в группе лапароскопии. Летальности в группе роботассистированных операций не было. Один пациент (1,3%) умер после лапароскопической операции. Причиной смерти явился острый инфаркт миокарда.

Выводы. Безопасность и эффективность робот-ассистированных вмешательств при раке почки сопоставима с лапароскопическими операциями. Робот-ассистированные вмешательства позволяют более прецизионно и точно выполнить резекцию опухолевого узла вне зависимости от его расположения, снизить время ишемии и объем кровопотери.

Колоректальный рак в Краснодарском крае: эпидемиология и выживаемость пациентов

Мурашко Р.А., Тесленко Л.Г., Степанова Л.Л.

Клинический онкологический диспансер №1 Минздрава Краснодарского края, Краснодар

Ежегодно в России впервые выявляется 60 тысяч и умирает 40 тыс. пациентов с колоректальным раком (КРР). Объективно оценить организацию медицинской помощи при КРР позволяют показатели выживаемости. Наблюдаемая выживаемость (НВ) показывает долю пациентов из впервые выявленных за определенный временной интервал, переживших контрольный срок, скорректированная выживаемость (СВ) учитывает больных, умерших только от изучаемой онкопатологии.

Цель работы – изучение эпидемиологических показателей и выживаемости пациентов с КРР в Краснодарском крае (КК) за 2006–2015 гг. С использованием Популяционного ракового регистра (на основе пакета программ НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова, г. Санкт-Петербург) проведен анализ 24 265 случаев КРР, выявленных за 10 лет.

В КК в 2006–2015 гг. показатель заболеваемости КРР вырос на 23,1%, прирост произошел среди мужчин на 20,7%, среди женщин на 24%. Показатель смертности не изменился: в 2006 г. – 26,7, в 2015 г. – 27,0 на 100 тыс. населения (среди мужчин в 2006 г. он равен 27,3, в 2015 г. – 26,6, среди женщин в 2006 г. – 26,3, в 2015 г. – 27,2). Соотношение показателей «заболеваемость/смертность» увеличилось с 1,5 до 1,8. Отмечается увеличение доли активного выявления рака ободочной кишки с 1,0% (2006 г.) до 6,0% (2015 г.), рака прямой кишки с ,9 до 21,2%.

НВ больных с КРР за 10 лет составила 32,8%, СВ – 36,7%. При I стадии заболевания – НВ 52,2%, СВ 59,2%, при II – НВ 44,8%, СВ – 49,9%, при III – НВ 38,4%, СВ – 42,5%, при IV стадии – НВ 8,4%, СВ 9,7%. Данная закономерность отмечается во все контрольные сроки. Например, для пациентов, взятых на учет в 2011 г., пятилетняя выживаемость составила с I стадией НВ равна 71,2%, СВ – 74,8%, со II стадией – НВ – 59,3%, СВ – 65,4%, с III стадией – НВ 50,3%, СВ – 55,4%, при IV стадии – НВ 9,5%, СВ 11,2%.

Таким образом, за 10-летний период в КК отмечается увеличение показателя заболеваемости КРР, стабилизация показателя смертности. Прирост соотношения «заболеваемость/смертность» свидетельствует об улучшении качества профосмотров и лечения пациентов. Это косвенно подтверждается увеличением доли активного выявления КРР. В то же время показатель выживаемости при КРР достоверно зависит от стадии заболевания: чем выше стадия, тем показатель ниже. Основным направлением в улучшении выживаемости пациентов с КРР является ранняя диагностика, что позволяет использовать весь спектр современных методов лечения.

Опыт контрастно-усиленного ультразвукового исследования при диагностике рака шейки матки

Мусаева З.Р-Б., Чекалова М.А., Кряжева В.С., Арушанян М.

Российский научно-исследовательский онкологический центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Цель: оценить возможности контрастно-усиленного ультразвукового исследования (КУУЗИ) при диагностике рака шейки матки.

Методы и материалы. Проанализированы результаты ультразвукового исследования с контрастным усилением трех пациенток с диагнозом: рак шейки матки I–II стадии (гистологический морфофенотип: плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки без ороговения), находившихся на обследовании и стационарном лечении в РОНЦ им Н.Н.Блохина в период с сентября по октябрь 2016 года. Ультразвуковое исследование с контрастным усилением проводено на аппарате «Hitachi Hi Vision Ascendus» по технологии Инверсия импульсов (Pulse inversion), с использованием внутривенного болюсного введения препарата Соновью.

Результаты. В серошкальном режиме у трех пациенток определяли опухоль шейки матки солидной, гипоэхогенной структуры, с выраженной васкуляризацией.

При КУУЗИ в артериальную фазу (15–45 сек) в структуре опухоли микропузырьки появились на 16–18 секунде, при этом у одной из трех пациенток они были сконцентрированы в большей степени в периферических отделах опухоли.

В венозную фазу (45–100 сек) наблюдали вымывание препарата. При этом накопление оставшегося контраста в опухоли визуализировалось негомогенно: у двух пациенток микропузырьки накапливались по периферии, а ближе к наружному зеву, вокруг датчика, появился анэхогенный участок, что может быть обусловлено механическим сдавливанием сосудов. У одной пациентки контрастный препарат визуализировали равномерно по всей структуре опухоли, при этом более гиперэхогенные участки определяли в центральной части опухоли, ближе к локализации эндоцервикса. В миометрии на протяжении всего исследования препарат накапливается неинтенсивно, преобладала равномерно изоэхогенная структура.

Позднюю фазу констатируют на 1,5–6 минутах, при этом на 2-й минуте контрастный препарат визуализировался во всех тканях малого таза, однако, в большей степени в структуре опухоли. Уже с третьей минуты мы отметили снижение интенсивности накопления микропузырьков по мере вымывания препарата, постепенно структура опухоли становилась гипоэхогенной. Ближе к 5–6 мин опухоль становится полностью анэхогенной.

Заключение. КУУЗИ позволяет более детально изучить структуру опухоли и определить ее распространенность, специфику неоангиогенеза. Небольшое количество наблюдений не позволяет пока сделать серьезных выводов.

Возможности лимфодиссекций при раке полости рта и ротоглотки

Мусин Ш.И., Осокин С.В., Вахитов М.А., Смольников А.А., Дубровская А.В.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Башкортостан, Уфа

Введение. Регионарное метастазирование при раке полости рта и ротоглотки- одна из ключевых проблем диагностики, лечения и прогнозирования исхода заболевания. Частота в зависимости от распространенности первичного процесса варьирует от 15 до 50%. Шейная лимфодиссекция позволяет адекватно оценить стадию N и провести прогнозирование.

Цель – изучить результаты различных объемов лимфодиссекций при раке полости рта и ротоглотки стадии cN0.

В отделении опухоли головы и шеи ГБУЗ РКОД МЗ РБ в период с 2007 по 2014 78 больных раком полости рта и ротоглотки были выполнены лимфодиссекции при стадии cN0. 40(51,2%) больным выполнены превентивная радикальная лимфодиссекция. 38(48,8%)) больным выполнены превентивные селективные лимфодиссекции с удалением уровней преимущественного метастазирования. Субклинические метастазы выявлены у 18 (36,7%) больных раком полости рта. После радикальной лимфодиссекции метастазы в лимфоузлы выявлены у 10 (38,4%) больных, тогда как после селективной лимфодиссекции у 8 (34,9%) больных. По данным радикальной лимфодиссекции, только на 3,5% больше по сравнению с селективной лимфодиссекции выявлено субклинических метастазов ($p > 0,05$). Субклинические метастазы выявлены у 13 (44,8%) больных раком ротоглотки. Так по данным селективной лимфодиссекции метастазы в лимфоузлы выявлены у 6 (42,9%) больных, по данным радикальной лимфодиссекции – у 7 (46,7%) больных. Разница между данными вариантами лимфодиссекции составила всего лишь 3,8% в пользу радикальной лимфодиссекции ($p > 0,05$).

Вывод: селективные лимфодиссекции с удалением уровней преимущественного метастазирования при раке полости рта и ротоглотки по диагностической возможности сопоставимы с радикальными модификациями, при этом имеют преимущество по малотравматичности и функциональности проводимого оперативного пособия.

Внедрение методики ускоренного частичного облучения молочной железы у больных ранним раком молочной железы после органосохраняющих операций с помощью дистанционной конформной 3D CRT лучевой терапии

Муфазалов Ф.Ф., Аббасова Р.Р., Гончарова О.В.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Башкортостан, Уфа

В настоящее время «золотым стандартом» органосохраняющего лечения больных РМЖ является обязательное проведение лучевой терапии (ЛТ) на оставшуюся часть молочной железы после операции с целью предотвращения локорегионарного рецидива.

Несколько факторов послужили для нас поводом к внедрению новых объемов и дозы ЛТ у отдельной группы больных: желание пациенток укоротить продолжительность курса послеоперационной ЛТ (обычно составляет 5–7 нед); вероятность развития у некоторых больных лучевых повреждений различной степени выраженности вследствие облучения легочной и сердечной тканей при ЛТ оставшейся части молочной железы.

Основные критерии отбора больных для проведения ускоренного частичного облучения молочной железы определены в Рекомендациях ASTRO по проведению APBI и ESTRO, опубликованных в 2009 г.

Критериями отбора для проведения APBI являются: немолодой возраст больных старше 55 лет, наличие одного очага не более 2,5 см, непораженные края резекции ≥2 мм, гистологическая форма – не дольковый рак, отсутствие вовлечения лимфатических узлов, отсутствие признаков сосудистой инвазии, рецептороположительный статус опухоли.

Ориентирами для определения ложа удаленной опухоли служат серомы (однако с увеличением сроков от момента операции они рассасываются), но чаще всего это устанавливаемые во время операции рентгенконтрастные клипсы (5–12 клипс).

С помощью технологии 3D CRT пролечено пока 2 пациентки. Возраст больных 65 и 71 год.

По данным гистологического исследования размеры опухоли составляли 1 см и 1,7 см. В обоих случаях выявлен инфильтративный протоковый рак.

Разовая очаговая доза составляла 2,5 Гр, суточная доза – 5 Гр (перерыв между фракциями 6ч), суммарная очаговая доза за курс облучения – 40 Гр.

Период наблюдения составил 3 мес. Локальные рецидивы не выявлены. У всех больных были отмечены ранние лучевые повреждения кожи 1 степени по классификации RTOG-EORTC. Косметический эффект был оценен по системе Joint Center for radiation therapy– «прекрасный» в обоих случаях.

Методика APBI молочной железы позволяет достичь результатов локального контроля, идентичных таковым при лучевом воздействии на всю оставшуюся часть молочной железы, у тщательно отобранной группы пациенток с ранними формами РМЖ.

Современная тактика лечения злокачественных глиом головного мозга и случай полного ответа опухоли на фоне длительного приема бевацизумаба

Муфазалов Ф.Ф., Аббасова Р.Р., Муфазалова Н.А., Гончарова О.В., Сафина Л.Х., Муфазалова Л.Ф.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Башкортостан, Уфа

Нами использован бевацизумаб при рецидиве глиальной опухоли высокой степени злокачественности. Непосредственная эффективность оценивалась на основании модифицированных критериев Macdonald. Больной Х. 31 г. болен с 2007 г. – после травмы появились головные боли. Ухудшение состояния с 05.2011 г. В 09.2011 г. – нарастание интенсивности головных болей. По данным КТ головного мозга – объемное образование. 12.10.2011 г. – трепанация черепа с удалением опухоли. Гистологически – глиоз. С 01.2012 г. – онемение правой половины тела. На МРТ головного мозга от 10.02.2012 г. – зона патологического усиления сигнала в височно-теменной области головного мозга слева, состоящая из кистозной и солидной частей, смещение срединных структур на 9 мм. Пациент в сознании, адекватен. Горизонтальный нистагм. Сглаженность правой носогубной складки. Сухожильные и периостальные рефлексы живые с рук D > S, коленный и ахиллов S < D. Силы мышц рук и ног слева до 5 баллов, справа – 4 балла. В позе Ромберга устойчив. Патологических рефлексов нет. 16.02.2012 г. – ретрепанация с субтотальным удалением внутримозговой опухоли. Гистологически – анапластическая астроцитома. Срединные структуры смещены на 8 мм. Ликвородинамика не нарушена. В послеоперационном периоде – учащение головных болей с гипертензионным оттенком. На 18-е сутки – ретрепанация, установлен вентрикулярный резервуар с извлечением жидкости из кистозной полости. После – значительное улучшение, послеоперационный курс химиолучевой терапии по радикальной программе, разовая очаговая доза 2 Гр, суммарная очаговая доза 60 Гр; мюстофаран 208 мг 1 раз в неделю N.3. Далее 6 месяцев получал темозоламид 320 мг с 1 по 5 дни каждого 28-дневного цикла. 05.12.2012 выявлено объемное образование в левой височной доле размерами 45 × 51 × 65 мм с неоднородным МР-сигналом в Т1 и Т2 ВИ, с признаками перифокального отека – прогрессия заболевания. Назначен бевацизумаб 800 мг 1 раз в 2 недели 3 месяца. МРТ – контроль каждые 3–6 месяцев, учитывая стабилизацию регулярно продляли бевацизумаб. До 03.2016 пациент постоянно получал препарат. По МРТ с контрастным усилением 17.03.2016 в левой височной доле сохраняются послеоперационные кистозно-атрофические изменения с формированием многокамерной кисты прежних размеров, наличие шунта. На ДВИ и ADC картах зон ограничения диффузии не выявлено. Патологического накопления контраста нет. В настоящее время – полный ответ на лечение.

2D лучевая терапия против 3D и выше при неметастатическом раке носоглотки

Муфазалов Ф.Ф., Гончарова О.В., Аббасова Р.Р.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Башкортостан, Уфа

В последнее десятилетие мы наблюдаем в мире стремительно развивающиеся новейшие технологии в радиационной онкологии. В мире накоплен опыт сравнения различных методик ЛТ при ряде локализаций злокачественных опухолей, на основе сопоставления 3D конформной ЛТ с томотерапией или IMRT. В России, где еще достаточно широко представлено 2D план, актуально сравнение 2D и 3D планов, что дает возможность оценки лучевых нагрузок на нормальные ткани. Это позволяет проводить более корректный анализ ранее проведенного лечения, оценивать возможность повторных курсов лучевой терапии у пациентов, сочетать на различных этапах лечения конвенциальное и конформное облучение.

Приведем 3 достаточно крупных ретроспективных исследования. Во всех исследованиях был неметастатический рак носоглотки. Целью стала оценка лучевого компонента в выживаемости и токсичности.

Во всех исследованиях проведен анализ общей выживаемости, выживаемости свободной от заболевания, безрецидивной (локорегиональной) выживаемости.

В сингапурской группе получены результаты выживаемости сопоставимые с корейской группой.

В китайском исследовании даже при разделении на две когорты – оригинальную и разделенную по основным показателям, ни один показатель статистически незначим.

При оценке выживаемости в корейском исследовании использование 3DCRT и IMRT ассоциировалось со стат значимым улучшением 5 лет общей выживаемости (73,6 и 76,7%, $p < 0,001$), чем 2DRT (59,7%). 5лет выживаемость без прогрессии после 3DCRT (65,1%, $p = 0,042$) и IMRT (67,2%, $p = 0,003$) в сравнении с 2DRT (57,2%), статистически значимой была лишь в гр с IMRT. Однако, оба и 3DCRT and IMRT были ассоциированы со статистически значимым улучшением безрецидивной выживаемости (85,1 и 87,7%, $p < 0,001$), чем после 2DRT (72,6%). Так, изолированные локальные рецидивы встречались значительно чаще в гр 2DRT (17,7%) vs 3DCRT (8,5%) и IMRT (7,8%; $p < 0,001$).

В многофакторном анализе китайской группы, в обеих когортах, IMRT существенно не снизило риск смерти, локорегионарного рецидива или отдаленных метастазов, независимо от стадии опухоли.

Однако, авторы отмечают, что эффект от IMRT недооценен приТ4, поскольку этих пациентов было недостаточно для статистического анализа.

Таким образом, может поменяться само отношение: брать на лечение IMRT наиболее продвинутые локорегионарные заболевания.

Клинический случай адаптивной радиотерапии при раке пищевода на фоне беременности

Муфазалов Ф.Ф., Гончарова О.В., Аббасова Р.Р., Муллагулова Т.Д.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Башкортостан, Уфа

Развитие рака на фоне беременности является редкой патологией, от 0,07 до 0,1% от всех злокачественных новообразований. Это относится и к раку пищевода, который впервые был описан в 2008 г., его клинические проявления часто неверно интерпретируются как симптомы, связанные с беременностью.

Пациентка 29 лет обратилась в поликлинику с жалобами на припухлость шеи на сроке беременности 27–28 нед, по УЗИ-образование щитовидной железы. Затем интенсивный рост опухоли. На 34 недели беременности, после пищеводного кровотечения, пациентку родоразрешили. Ребенок здоров. По ФГДС – на 16 см от резцов экзофитное образование на протяжении 5–6 см; заключение: Рак верхней трети пищевода? Прорастание извне? Гистологически верифицирован – низко-умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак. ИГХ-плоскоклеточный рак. На КТ – на уровне С5-Th13, в правых отделах, объемное образование 56 × 41 × 98 мм, неоднородной структуры, мягкотканое с жидкостными участками, с нечеткими неровными контурами, инвазией пищевода. По ПЭТ-КТ метабол активность образования SUV13,0. Пациентка взята на радикальный курс конформной лучевой терапии (ElektaSynergy). Через 4 дня после начала терапии при совмещении изображений было отмечено значительное сокращение опухоли. Принято решение о проведении адаптивной лучевой терапии. В итоге пациентке было проведено 3 перепланирования лечения. Таким образом, сокращение объемов ctv произошло с 232 мл до 61 мл. На дозе 48 Гр проведена оценка динамики: по ФГС – за устьем пищевода образование до 5 см, нижний полюс подвижный, опухоль рыхлая. ДЛТ завершена на СОД 66Гр. На ФГДС положительная динамика – картина сдавления извне, слизистая интактна. После 3к ПХТ по схеме пакл+карб по КТ в области ранее выявленного образования, в стенке пищевода зона пат накопления контраста в виде полумесяца до 4 мм, протяжен до 2 см. По RECICT1.1 это соответствует частичному ответу. На ПЭТ-КТ метаболическая активность SUV 5,0. В связи с этими данными выполнена экстирпация пищевода с пластикой желудочным стеблем.

В связи с немногочисленностью случаев, практических рекомендаций по ведению пациенток с раком пищевода на фоне беременности нет. Имеются общие принципы ведения больных раком во время беременности, зависящие от гестационного срока и стадии рака. Поэтому в каждом конкретном случае требуется индивидуальный подход для планирования лечения, а в междисциплинарную команду должен входить акушер-гинеколог.

Паллиативное облучение аксиального скелета и костей таза в терапии диссеминированных раков

Муфазалов Ф.Ф., Гончарова О.В., Аббасова Р.Р., Штефан А.Ю., Сафина Л.Х., Мухаметханова Э.Р., Шишигин А.В., Муллагулова Т.Д., Муфазалова Л.Ф.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Башкортостан, Уфа

Введение. Заболеваемость и смертность от злокачественных заболеваний, как правило, является результатом метастазирования. Кость является третьим наиболее распространенным местом метастазирования.

Методы. Ретроспективное исследование пациентов с метастазами в кости, которые были пролечены в отделениях радиологии РКОД в период с 1997 по 2004 года.

Результаты. В общей сложности пролечилось 151 пациент (51,7% мужчин, 48,3% женщин) с метастазами в кости, с высоким уровнем заболеваемости в возрастной группе 50–59 лет. Самыми распространенными были раком молочной железы был (48,3%), предстательной железы (51,7%). Наиболее часто встречалось поражение костей осевого скелета – 72,7% случаев, костей конечностей в 25,1%, и сочетание поражения костей – в 2,2%. Большинство (90,1%) были с болевым синдромом, 52 (34,4%) пациента имели патологические переломы. Неврологический дефицит был зарегистрирован в 60,9% больных (92), у 42,4% имелись внескелетные метастазы.

Лучевую терапию проводили на все отделы позвоночника и тазового кольца, независимо от количества очагов. К шейному отделу позвоночника подводили СОД = 18–21 Гр за 6–7 ежедневных фракций, на весь остальной объем – 30 Гр за 10 фракций или 20 Гр за 5 фракций. Стандартно планировали последовательное лучевое лечение 5 отделов скелета (левая и правая половина таза, 3 отдела позвоночника). В качестве «терапии отчаяния» 3 пациентам подводилась доза 8 Гр-1фракция на зону поражения для купирования выраженного болевого синдрома.

Сроки наблюдения за больными составили 6–54 месяцев. Проведенное лечение позволило во всех случаях эффективно купировать полностью, либо значительно уменьшить выраженность болевого синдрома.

Заключение. В настоящее время, в связи с использованием ингибиторов костной резорбции, в т.ч. и моноклональных антител, показаний к назначению лучевой терапии уменьшилось. Однако при наличии крупных метастатических очагов в зонах с высоким риском развития патологического перелома, наличии мягкотканого компонента и для достижения быстрого обезболивающего эффекта, не потеряла свою актуальность паллиативная и симптоматическая лучевая терапия костей скелета.

Клинический случай длительного успешного лечения сорафенибом резистентного к радиоактивному йоду дифференицированного рака щитовидной железы

Муфазалов Ф.Ф., Шарипова Н.С., Гончарова О.В.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Башкортостан, Уфа

В случае, когда рак щитовидной железы (ЩЖ) признан резистентным к лечению радиоактивным йодом, должно быть принято принципиальное решение о терапии таргетными препаратами и не менее принципиальное решение о сроках начала этой терапии. Поскольку болезнь у большинства таких пациентов изначально протекает бессимптомно, многие не требуют немедленного лечения.

Приводим клинический случай длительного успешного лечения сорафенибом.

Пациенту Б., 59 лет с Диагнозом Папиллярный рак щитовидной железы III ст. T3N2M0. 17.11.2010 в РКБ (Уфа) выполнена операция – субтотальная тиреоидэктомия. Гистологическое заключение: папиллярный рак щитовидной железы. 22.06.2011 в РКОД проведена операция типа Крайля справа. Гистологическое заключение – обширные метастазы папиллярного рака в лимфатические узлы.

В последующем проводилась супрессивная терапия, принимал L-тироксин ежедневно 125 мкг/день.

С августа 2011 г. пациенту проведено 5 курсов радиойодтерапии I-131, Суммарная доза – 15,3 ГБк (417 мКи). С учетом отрицательной динамики по ПЭТ/КТ, 15.05.2014 пациенту выполнена селективная лимфаденэктомии 2–5 уровня лимфоузлов справа, 7 уровня, удаление опухоли ретротрахеальной области. Гистологическое заключение: метастаз папиллярного рака.

С сентября 2014 г. пациенту, учитывая прогрессию заболевания (метаболически активный очаг в ложе удаленной ЩЖ, единичный подмышечный лимфоузел слева), назначен прием Нексавара (сорафениба) в качестве ежедневных пероральных доз 800 мг.

При очередном обследовании после 6 мес. таргетной терапии отмечена стойкая положительная динамика, по данным ПЭТ/КТ с ФДГ от 09.02.2015 – данных за наличие метаболически активных очагов обусловленных проявлениями основного заболевания не выявлено.

Из побочных действий препарата отмечен ладонно-подошвенный синдром с типичной картиной, который начал проявляться через неделю после приема и продолжался в течение 6 месяцев.

В настоящее время пациент продолжает прием Нексавара в прежнем режиме. Анализы на последнем визите: уровень ТГ < 0,2 (0–3 ng/ml); ТТГ 0,0180 мМЕ/л (0,4–4,0); АТ-ТГ < 3,0 Ед/мл (<18).

Таким образом, в заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что появление таргетных препаратов представляет собой крупное достижение для пациентов резистентым к радиоактивному йоду ДРЩЖ.

Взаимосвязи супрессорных регуляторных Т-клеток с основными популяциями лимфоцитов при поздних лучевых повреждениях легких

Мушкарина Т.Ю., Кузьмина Е.Г., Константинова Т.В., Курсова Л.В.

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф.Цыба – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Обнинск

Цель – изучить взаимосвязи регуляторных Т-лимфоцитов (Treg) с иммунокомпетентными клетками и их функциональной активностью при лучевых повреждениях легких.

Материалы и методы. Проанализированы иммунограммы 45 пациентов с лучевыми пневмофиброзами, сформировавшимися в отдаленные сроки после комбинированной терапии рака молочной железы, легкого, лимфомы Ходжкина. Уровень Treg-клеток сопоставлен с Т-, В-, НК-клетками, субпопуляциями хелперных и цитотоксических Т-лимфоцитов, активированными Т-клетками и активированными лимфоцитами, с наивными и клетками памяти хелперной субпопуляции и лимфоцитов; активированными по домену смерти Т-хелперами и лимфоцитами; с реакцией бластной трансформации лимфоцитов (РБТЛ), иммуноглобулинами сыворотки крови M, G, A классов и фагоцитозом. Сопоставлены 52 показателя иммунитета. Корреляционный анализ выполнен в программе «STATISTICA 8.0».

Результаты. Относительное и абсолютное количество Treg-клеток статистически значимо связано реципрокными связями средней силы с другими типами клеток иммунной системы (r в диапазонах от 0,4 до 0,7 и –0,4 до –0,7). Абсолютное число Treg-клеток в большей степени демонстрирует прямые связи (22 корреляции). Возрастание числа Treg коррелирует с ростом количества общих Т-клеток, Т-хелперов, Т-цитотоксических лимфоцитов, инициацией активации апоптоза, с ростом числа лимфоцитов памяти и Т-хелперных клеток памяти. Более высокое количество регуляторных Т-клеток чаще сочетается с более низким уровнем активированных и наивных клеток лимфоцитарного пула и процентом НК-клеток. Процент Treg-лимфоцитов проявляет в основном обратные связи (20 корреляций): с уровнем Т-хелперов; наивных лимфоцитов и клеток памяти; с Т-клетками, активированными через домен смерти; с РБТЛ. Также регулирует В-клеточный иммунитет: при большем проценте Treg-клеток ниже процент В-клеток и концентрация иммуноглобулинов M, G классов. Прямые корреляции связывают процент Treg-клеток с процентом цитотоксических Т-лимфоцитов и поздней активацией лимфоцитов и Т-клеток.

Заключение. По-видимому, реализация действия процента и количества Treg-клеток на широкий диапазон показателей иммунитета при лучевых повреждениях легких проявляется поэтапно. Сначала идет накопление количества регуляторных Т-клеток без выраженного прироста супрессивного эффекта, который усиливается при возрастании их процентного уровня.

Влияние прогностических факторов на выживаемость радикально оперированных больных по поводу рака большого дуоденального соска

Назарова Д.Р., Расулов Р.И.

Иркутский областной онкологический диспансер, Иркутск

Задача исследования. Определить неблагоприятные факторы прогноза в группе с операбельным раком большого дуоденального соска (БДС)

Материалы и методы. Работа базируется на клиническом материале Иркутского областного онкологического диспансера за период с 1 марта 2001 г. по 1 января 2015 г. Основу исследования составили данные о 71 пациенте с раком большого дуоденального соска. У данной группы пациентов изучено влияние морфологического варианта карциномы, степени дифференцировки опухоли, а также регионарного метастазирования на выживаемость больных перенесших ГПДР.

Результаты. Влияние морфологического типа карциномы: в первую группу включены пациенты с протоковым вариантом рака большого дуоденального соска – 24 человека (34%). Во вторую группу вошли пациенты с кишечным вариантом – 47 человек (66%). Установлено, что никто из пациентов с протоковым вариантом большого дуоденального соска не прожил более 38 мес. В то время как пятилетняя выживаемость в группе с раком кишечного типа составила 62% (по Каплану-Маеру).

Влияние степени дифференцировки опухоли: критерием включения в первую группу были опухоли с высокой и умеренной степенью дифференцировки – 50 пациентов (70%), во вторую группу – вошли пациенты с низкодифференцированными опухолями – 21 человек (30%). Пятилетняя выживаемость в группе высоко- и умеренно дифференцированных опухолей составила 67%, при низкой дифференцировке опухоли – 19%.

Наличие регионарных метастазов отмечалось у 48 пациентов (68%) – они вошли в группу №1, во вторую группу включены 23 пациента (32%) без признаков регионарного метастазирования. Пятилетняя выживаемость в группе больных с наличием регионарных метастазов составила 8%, без таковых – 72%.

Выводы. Установлено, что статистически достоверно снижают показатель выживаемости у радикально оперированных больных низкая степень дифференцировки опухоли, наличие регионарных метастазов и протоковый тип морфологического строения рака большого дуоденального соска.

Технология взятия эндоскопических биоптатов при раке БДС

Назарова Д.Р., Расулов Р.И

Иркутский областной онкологический диспансер, Иркутск

Задача исследования. Определить наиболее эффективную технологию взятия биоптатов посредством фиброгастроскопии при раке БДС

Материалы и методы. В исследование включены 71 пациент, пролеченный по поводу рака большого дуоденального соска в период с 2001 по 2015 гг. Пациенты разделены на 2 группы. В первую группу вошли 34 человека, где диагноз рака БДС был установлен на основании фиброгастроскопии и морфологического исследования одиночных эндоскопических биоптатов из поверхностных участков слизистой оболочки БСДК. Вторая группа состояла из 37 пациентов, которым на первом этапе выполняли эндоскопическую ультрасонографию билиопанкреатодуоденальной зоны. При наличии ЭУС-признаков рака БДС выполнялась папиллосфинктеротомия и осуществлялось взятие материала из 4 точек (устье, канал, устье ОЖП, устье ГПП).

Результаты. В первой группе экзофитная форма рака обнаружена у 19 пациентов (58%), морфологически не удалось подтвердить диагноз у 1 пациента (1,9%), у 15 пациентов (42%) – установлена эндофитная форма опухоли. При малых размерах и инвертированной форме роста опухоли, морфологическая верификация диагноза на дооперационном этапе не была получена у 7 пациентов (36,8%). В целом чувствительность метода составила 79%. При экзофитной форме роста опухоли информативность – 97%, в то время как при эндофитной только – 24%. Во второй группе пациентов экзофитная форма рака установлена у 20 пациентов (54%), морфологически не удалось подтвердить диагноз у 2 пациентов, эндофитная форма у 17 пациентов (45,9%), без морфологической верификации 3 пациентов. Чувствительность метода составила 89%. Информативность при экзофитной форме роста 98%, при эндофитной – 39%

Выводы. Исследование одиночных эндоскопических биоптатов из поверхностных участков большого дуоденального соска для диагностики рака имеет низкую диагностическую информативность при эндофитной форме роста опухоли. Для повышения информативности фиброгастроскопии с биопсией для диагностики эндофитной формы опухоли необходимо выполнять папиллосфинктеротомию и осуществлять забор материала из 4 точек (устье, канал, устье ОЖП, устье ГППЖ).

Комплексное лечение первичного и метастатического рака печени

Нартайлаков М.А., Салимгареев И.З., Логинов М.О., Погадаев В.В., Агишев Р.С., Файзуллин Р.Ф.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа;
Республиканская клиническая больница им. Г.Г.Куватова

Актуальность. В последние годы отмечается рост числа больных с опухолями печени, в том числе со злокачественными. Среди последних превалируют метастатические, реже – первичные, в соотношении примерно 10:1.

Материалы и методы. За период с 2003 по 2016 годы в РКБ им. Г.Г.Куватова нами пролечено 353 больных с злокачественными новообразованиями печени, в том числе 28 (7,9%) – с первичным, 325 (92,1%) – с метастатическим раком, в возрасте от 20 до 76 лет. Им выполнялись как хирургические, так и рентгенэндоваскулярные методы, в качестве как монотерапии, так и в комплексе.

Результаты. Из хирургических методов (n = 233, 66,0%) резекции печени разного объема выполнены 151 больному, паллиативные вмешательства выполнены 82 пациентам. Среди резекционных методов нами выполнялись удаление 1–2 сегментов (n = 23); левосторонняя гемигепатэктомия (ГГЕ, n = 40), в том числе расширенная (n = 17); правосторонняя ГГЕ (n = 88), в том числе расширенная (n = 39). Рентгенэндоваскулярные вмешательства в качестве монотерапии выполнены 99 (28,0%) больным с метастатическим колоректальным (n = 89) и первичным (n = 10) раком печени. Им выполнено 256 циклов (в среднем 2,6 цикла на 1 больного) химиоэмболизации печеночной артерии (ХЭПА) с использованием микросфер Гепасфера 50–100 мкм, насыщенных 100 мг иринотекана, 100 мг оксалиплатина или 30 мг доксирубицина, в зависимости от чувствительности опухоли, определяемой методом иммуногистохимии. Комплексное лечение (хирургическое + ХЭПА) выполнено 21 (6,0%) больным. Из них в 4 случаях 1-2 цикла ХЭПА проведены в качестве неоадъювантной химиотерапии, с последующей резекцией печени. Адъювантная ХЭПА выполнена в 17 случаях после резекции печени (n = 5), или после циторедуктивных операций (n = 12) с удалением первичного очага (в основном – резекция толстой кишки). В том числе у 3 больных после 3–5 циклов ХЭПА удалось перевести метастатическую опухоль печени в резектабельную, и выполнить ГГЕ вторым этапом после резекции толстой кишки.

Выводы. Обширные резекции печени при первичном и метастатическом поражении являются единственным радикальным методом в лечении раковых опухолей печени. Наиболее предпочтительным методом лечения множественных метастазов в печени (при их нерезектабельности) является химиоинфузия с селективной химиэмболизацией печеночной артерии. Комплексное применение этих методов увеличивает возможности лечения этой категории пациентов.

Симметризирующие операции для устранения последствий вмешательств и травм тканей головы и шеи

Насилевский П.А., Решетов И.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Москва

Одной из основных задач современной реконструктивной хирургии лица найти комплексный подход к пациентам с врожденной или приобретенной асимметрией мягких тканей в области головы и шеи. В большинстве случаев нарушение симметрии сопровождается с отсутствием или нарушением функциональности поврежденной области. Операции, целью которых является восстановление симметрии органа, вследствие его ятрогенного или травматического повреждения, называют симметризирующие.

Задачей хирурга в данном случае является не только устранение контурной деформации кожи, а также мягких тканей, но и компенсация функциональных недостатков. Как вариант выбора при минимуме инвазивных процедур используется метод липофиллинга. Пациентам, имеющим повреждения лицевого нерва в виде парезов и параличей показаны операции с применением лицевых нитей, имплантация которых устраняет не только эстетический, но функциональный дискомфорт. В клинике пластической хирургии ПМГМУ имени И.М. Сеченова за 2015–2106 год было выполнено 10 симметризирующих операций. Двум пациентам с контурной деформацией нижней челюсти, вследствие ранее проведенных операций по поводу резекции нижней челюсти с последующей ее реконструкцией выполнен липофиллинг области угла и ветви нижней челюсти. После операции у пациентов отмечается восстановление утраченной симметрии на лице. 8 пациентам выполнялась имплантация нитей силуэт-лифт (Silhouette-Lift). У трех, а анамнезе была выполнена радикальная паротидэктомия, двум пациентам была выполнена субтотальная паротидэктомия, а также две пациентки с врожденной патологией развития черепа.

Возможность применения омолаживающих и малоинвазивных методик с целью восстановления симметрии лица позволяет комплексно подойти к реабилитации пациентов с ятрогенным повреждением лицевого нерва и контурными деформациями мягких тканей лица. Появление симметризирующих операций в современной хирургии позволяет оптимизировать подход к системной реабилитации пациентов с ятрогенными и травматическими повреждениями области головы и шеи.

Опыт применения роботассистированных и эндовидеохирургических вмешательств в хирургии злокачественных новообразований головы и шеи

Насилевский П.А., Решетов И.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Москва

Современной тенденцией развития хирургии онкологических заболеваний головы и шеи является внедрение в практику роботассистированных минидоступов и эндовидеохирургических вмешательств.

В клинике пластической хирургии ПМГМУ имени И.М.Сеченова было разработано ряд способов лечения онкологических заболеваний головы и шеи у пациентов, находящихся на ранних стадиях развития онкологического заболевания (Т1-Т2) и не желающих иметь рубцов в видных местах. Применялись гибридные методики, сочетающие в себе роботассистированные и эндовидеохирургические доступы, обеспечивающие минимизацию риска кровопотери и прецензионность хирургических действий.

Во всех случаях проводился безгазовый способ удаления опухолей с формированием подкожного тоннеля. С целью оптимизации визуализации новообразований пациенты проходили обследование на МСКТ 640. Успешно проведено 10 операций. Три операции были выполнены на щитовидной железе, из подмышечного доступа у женщин, не желающих иметь рубец на передней поверхности шеи. Две операции на лимфатических узлах шеи из заушного доступа у пациентов с метастазами опухолей различной локализации. Также было выполнено три резекции ротоглотки и две ларингоэктомии из переднего шейного доступа. Особенностью течения послеоперационного периода была ранняя активация пациентов, сокращение сроков нахождения в стационаре, а также удовлетворительный косметический результат.

Ранняя активация пациентов, а также сокращение сроков реабилитационного периода после хирургического лечения у данной группы больных позволяет в короткие сроки перейти к следующим этапам лечения (химиотерапия, лучевая терапия), улучшая качество жизни пациентов за счет комбинированного подхода в лечении опухолей головы и шеи.

Внедрение в практику роботических технологий успешно продвигает хирургию вперед, позволяя комбинированно подойти к выполнению онкологического протокола в отношении пациентов, имеющих небольшие размеры новообразований в области головы и шеи.

Изучение специфической активности инновационного генного препарата для противоопухолевой терапии в системах *in vitro* и *in vivo*

Немцова Е.Р., Безбородова О.А., Кармакова Т.А., Якубовская Р.И., Каприн А.Д., Алексеенко И.В., Монастырская Г.С., Соболев А.С., Свердлов Е.Д.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Москва

Цель – изучение цитотоксической и противоопухолевой активности генного препарата АнтионкоРАН-М на основе конструкции с генами тимидинкиназы вируса простого герпеса (HSVtk) и гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора человека (hGM-CSF).

Материалы и методы. Препараты: АнтионкоРАН-М, модельный препарат содержит mGM-CSF (мыши). Невирусный вектор: блок-сополимер – полиэтиленгликоль, полиэтиленимин с TAT-пептидом. Пролекарство: ганцикловир (GCV). Культуры опухолевых клеток: мыши – саркома S37, карцинома толстой кишки С26; человека – карциномы ротовой полости КВ, толстой кишки НТ29, шейки матки HeLa, гортаноглотки НЕр2, фибросаркома человека НТ1080, плоскоклеточный рак кожи человека А431. Опухолевые штаммы: саркома S37, плоскоклеточный рак шейки матки РШМ5 и меланома В16 мыши. Показатели эффективности лечения: объем опухоли (V, мм^3), торможение роста опухоли (ТРО, %), степень торможения опухоли (Т/С, %), задержка роста опухоли (Т-С, сутки), количество погибших клеток (lgn), медиана выживаемости, увеличение продолжительности жизни животных (УПЖ, %).

Результаты – Методом иммуноцитохимии в опухолевых клетках мыши и человека показано, что трансфекция клеток in vitro модельным и фармакологическим препаратами, соответственно, приводит к экспрессии гена HSVtk и продукции фермента HSVtk, с которой прямо коррелирует цитотоксическое действие в присутствии GCV в среде. Гибель клеток обусловлена подавлением процессов клеточного деления. Иммуногистохимическим методом показано, что после внутриопухолевого введения препарата в ткани первичного очага и регионарных лимфатических узлов S37 выявляется фермент HSVtk. Отработан эффективный режим применения препарата в сочетании с GCV *in vivo*. Показан вклад фермента HSVtk в ингибирование роста первичного очага опухоли S37 и цитокина ГМ-КСФ – в антиметастатическое действие препарата. На перевиваемых опухолях мышей и ксенографтах опухолей человека определен спектр противоопухолевой активности модельного и фармакологического препаратов и показана ее зависимость от эффективности трансфекции и гистологической формы опухолей: S37>>C26>РМШ5>B16, КВ>НТ29>HeLa>НЕр2, соответственно.

Вывод – перспективно завершение доклинического изучения препарата АнтионкоРАН-М с целью получения разрешения МЗ РФ на клинические испытания у больных с опухолями, доступными для внутриопухолевого введения.

Метастазы в головной мозг при онкогенитальной патологии

Неродо Г.А., Калабанова Е.А., Росторгуев Э.Е.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Цель. Изучить особенности метастазирования в головной мозг при онкогенитальной патологии.

Материалы и методы. По поводу метастазирования злокачественных опухолей гениталий в головной мозг за 10 лет мы наблюдали 20 больных, их возраст от 25 до 74 лет (49,8 ± 12,7 лет).

Результаты. Из 20 больных у 8 (40%) первичной опухолью являлись злокачественные опухоли яичников, у 7 (35%) – тела матки, у 3 – рак шейки матки (15%), у одной – хорионкарцинома (5%), у одной – рак влагалища (5%).

Сроки от момента выявления первичной опухоли до выявления метастазов в головной мозг от 1 мес до 60 мес (в среднем 24,7 мес). У больных злокачественными опухолями яичников метастазы в головной мозг диагностированы в сроки от 17 до 44 мес (в среднем 29,1 мес), злокачественными новообразованиями тела матки – от 6 до 30 мес (в среднем 14,5), у больных раком шейки матки – от 21 до 60 мес (в среднем 45). У пациентки с хорионкарциномой метастаз выявлен через 1 мес после диагностирования хорионкарциномы, у больной раком влагалища – через 24 месяца.

У одной больной (5%) выявлено множественное поражение головного мозга (15 очагов), у 5 больных (25%) – по 2–4 метастатических очага, у 14 пациенток (70%) выявлено по одному метастазу.

Чаще беспокоила головная боль (у 10 больных), слабость в конечностях (7), головокружение (7), общая слабость (5). Реже отмечались судороги (у 2 пациенток), шаткость походки (3), нарушение речи (2), нарушение памяти (2), отсутствие движения в конечностях (2), потеря сознания (1), раздражительность (1), рвота (1), тошнота (1), падение без потери сознания (1).

Заключение. Чаще метастазы в головной мозг возникали у больных злокачественными новообразованиями яичников, затем при онкологической патологии тела матки, шейки матки. Самый короткий срок от момента выявления первичной опухоли до диагностирования метастазов в головном мозге 1 месяц (при хорионкарциноме). У больных злокачественными новообразованиями тела матки он равен в среднем 14,5 мес, у больных злокачественными новообразованиями яичников – в среднем 29,1 мес, при раке шейки матки – в среднем 45 месяцев. Несмотря на редкую встречаемость метастазов в головной мозг при онкогенитальной патологии, необходимо обращать внимание на неврологическую симптоматику у данной группы больных с целью более раннего выявления патологических очагов в головном мозге и последующего лечения

Химиоиммунотерапия рака яичников

Неродо Г.А., Новикова И.А., Арджа А.Ю., Никитина В.П., Вереникина Е.В., Кравцова О.Е.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Больным раком яичников IIIC-IV стадий, асцитной формы, в комплексе с неоадьювантной химиотерапией был использован интерферон-гамма (ИФН-γ).

1 группа – 23 больные с химиоиммунотерапией и внутримышечным введением ИФН-γ 1 день 500 тыс. МЕ, во 2,3,5 дни 1 млн. МЕ, 4 день проводилась химиотерапия по схеме карбоплатин (AUC-6), паклитаксел (175 мг/м^2). 2 группа – 25 больных с химиоиммунотерапией и внутрибрюшинным введением ИФН-γ 1 день 500 тыс. МЕ, во 2,3,5 дни 1 млн. МЕ, 4 день проводилась химиотерапия по аналогичной схеме. Результаты лечения этих двух групп сравнивались между собой и с 3 группой из 27 больных которым проводилась неоадъювантная химиотерапия без введения ИФН-γ. Группы больных были идентичны по возрасту, общему состоянию и стадиям заболевания. Верификация процесса была получена путем цитологического исследования асцитической жидкости.

В группах с введением ИФН-γ в первые дни после лечения отмечалось улучшение общего состояния, уменьшение болевого синдрома и резорбция асцита.

При оценке гематологической токсичности в 1 группе (с внутримышечным введением ИФН-γ) лейкопения I степени наблюдалась у 6 (26%) больных, анемия I степени у 8 (34,8%) больных. Во 2-й группе (с внутрибрюшинным введением ИФН-γ) лейкопения 1 степени выявлена у 5 (20%) больных, анемия I степени у 6 (25%) больных. В 3 группе (без введения ИФН-γ) лейкопения 1 степени отмечена у 6 (22%), лейкопения 2 степени у 4 (15%) больных, анемия I степени у 14 (51,9%), анемия II степени у 4 (14,1%) больных. Нефротоксичность отмечена только в группе без введения ИФН-γ у 5 (18,5%) больных. Нейротоксичности не отмечено ни в одной группе.

При оценке эффективности химиотерапии прогрессирование отмечено только в группе без применения ИФН-γ у 2 (7,4%) больных. Полный эффект в группе с внутримышечным введением ИФН-γ отмечен у 6 (26%), в группе с внутрибрюшинным введением ИФН-γ у 8 (32%), в группе без ИФН-γ у 3 (11%) больных.

Таким образом, применение ИФН-γ в комплексе с химиотерапией улучшает непосредственные результаты лечения и уменьшает токсические проявления химиотерапии, особенно при внутрибрюшинном способе введения ИФН-γ.

Симультанные оперативные вмешательства при раке желудочно-кишечного тракта

Нечунаев В.П., Агеев А.Г., Дегтярев И.В., Нечунаева Т.Г., Маликова Л.В.

Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул; Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул

Цель: определение показаний к проведению симультанных операций при раке желудочно-кишечного тракта, предоперационной коррекции, обоснование хирургического доступа, увеличение продолжительности и качества жизни.

Методы исследования. В КГБУЗ «АКОД» в отделении опухолей пищевода и средостения за последние 5 лет проведено 611 абдоминальных операций по поводу злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта, из них 53 пациентам выполнены симультанные оперативные вмешательства (8,7%). При этом холецистэктомия проведена у 16 пациентов, резекция желудка – 5, экстирпация матки с придатками – 10, резекция печени – 2, аднексэктомия – 7, ушивание послеоперационных вентральных грыж – 13.

Результаты и обсуждения. При первично-множественных опухолях показания к симультанным операциям были абсолютными. Наличие соматической неонкологической патологии, требующей хирургической коррекции, являлось относительным показанием к симультанной операции. При планировании симультанных операций первостепенной задачей у оперирующего хирурга является – определение резектабельности опухоли и степени риска расширения объема оперативного вмешательства. В наших наблюдениях показатели послеоперационных осложнений и летальности после симультанных операций не отличаются от таковых при стандартных операциях и составили: летальность – 4,8% (1 пациент), послеоперационные осложнения – 5,6% (3 пациента).

Вывод. Выполнение симультанных операций незначительно удлиняет время операции, не подвергает пациента дополнительному оперативному вмешательству, а также существенно меняет качество и продолжительность жизни.

Ближайшие результаты одномоментного восстановления непрерывности кишечника с использованием циркулярно-сшивающих аппаратов при раке прямой кишки с лимфодиссекцией

Нечунаев В.П., Панасьян А.У., Нечунаева Т.Г., Карпов В.М.

Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул;
Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул

Актуальность. Использование циркулярно-сшивающих аппаратов при передней резекции прямой кишки обеспечивает совершенно иное качество жизни больного, чем обструктивная резекция (операция Гартмана), ведущая к инвалидизации пациента и ухудшению качества жизни. В связи с этим, для государства содержание инвалида обходится гораздо дороже, чем стоимость разового циркулярно-сшивающего аппарата.

Материалы и методы. В отделении КГБУЗ «АКОД» с 2005 по 2016 год у 46 пациентов раком прямой кишки выполнена передняя резекция прямой кишки с лимфодиссекцией в различном объеме (Д3) с одномоментным наложением колоректального анастомоза. Кишечный тракт восстанавливался путем наложения анастомозов при помощи циркулярно-сшивающих аппаратов «Ethicon», «Covidien» с рабочим объемом головки 29, 31 и 33.

Результаты и обсуждения. Больные, в зависимости от расположения опухоли прямой кишки были распределены на 2 группы: 1 группа – от 7 до 10 см от края зубчатой линии (29 пациента); 2 группа – от 11 до 15 см (17 пациентов). Больным 1 группы лимфодиссекция проводилась в стандартном объеме (Д2), во 2 группе – у 5 пациентов проведена расширенная лимфодиссекция (Д3). При гистологическом исследовании групп лимфоузлов у 7 пациентов выявлены метастазы в 4 и более лимфатических узлах. Этой группе больных в последующем проведена дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) в плане комбинированного лечения рака прямой кишки.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 3 больных: 1 – частичная несостоятельность анастомоза, 1 – пресакральная гематома, 1 – нагноение послеоперационной раны. Послеоперационной летальности не наблюдалось.

Выводы. На современном этапе развития здравоохранения, в частности, онкологии, необходимо сочетать одномоментное восстановление непрерывности кишечника путем применения циркулярно-сшивающих аппаратов нового поколения с лимфодиссекцией, которые обеспечивают достойное качество жизни больного без инвалидности.

Опыт комбинированного лечения больных местнораспространенным кардиоэзофагеальным раком

Нечунаев В.П., Панасьян А.У., Нечунаева Т.Г., Скрябина Л.С., Лубенникова М.В., Лазарев А.Ф.

Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул

Задача исследования. Изучить эффективность лучевой терапии в комбинированном лечении больных местнораспространенным кардиоэзофагеальным раком (КЭР) после радикального хирургического лечения.

Проанализированы данные клинических наблюдений 157 больных местнораспространенным КЭР, находившихся на лечении в КГБУЗ «АКОД» с 1996 по 2009 год. Всем больным было выполнено радикальное оперативное вмешательство с двухзональной лимфодиссекцией (D2 2S 2F). В послеоперационном периоде через 2 нед, учитывая

местнораспространенный процесс (III стадия и IV без отдаленных метастазов), назначена была лучевая терапия в режиме фракционирования в РОД 1,8-2 Гр. до СОД 48–50 Гр. В поле облучения помимо ложа опухоли включались смежные ткани и органы до паратрахеальных лимфоузлов и парааортальных до нижнебрыжеечной артерии в зависимости от типа опухоли по J.R.Siewert. В группу сравнения вошло 76 пациентов из 157, которым было противопоказано комбинированное лечение по возрасту, сопутствующей патологии и развившимся послеоперационным осложнениям. В основную группу вошли 71 пациент, из них мужчин было 55 (67,9%), женщин – 26 (32,1%) в возрасте от 27 до 68 лет. Средний возраст пациентов 53 года. Сравнительный анализ хирургического и комбинированного методов исследования проведен с учетом ведущих прогностических факторов: стадии заболевания, гистологического типа опухоли и степени ее дифференцировки. Учитывались также пол, возраст пациентов, степень инвазии и локализация опухоли по J.R.Siewert, объем оперативного вмешательства, объем лимфодиссекции.

Оценка эффективности лечения осуществлялась на основании изучения пятилетней выживаемости, а также частоты и сроков возникновения местных рецидивов. Оказалось, что в целом пятилетняя выживаемость составила 34,3%. При только хирургическом лечении она была равна 25,8 ± 5,4%, при комбинированном – 42,3 ± 5,9%. Частота местных рецидивов составила 16,1%. Чаще они возникали при хирургическом методе лечения – 22,7 ± 5,2% по сравнению с комбинированным методом – 9,9 ± 3,5%. Эта разница статистически значима ($p < 0,05$). Отмечается тенденция к увеличению без рецидивного периода при комбинированном лечении.

Проведенное исследование показало преимущество комбинированного метода лечения больных с местнораспространенным КЭР перед хирургическим.

Уровень факторов роста в ткани злокачественной опухоли прямой и сигмовидной кишки в зависимости от пола больных

Никипелова Е.А., Кит О.И., Франциянц Е.М., Шапошников А.В., Бандовкина В.А., Каплиева И.В., Трепитаки Л.К., Ткаля Л.Д.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Актуальность. Рак ободочной и прямой кишки чаще развивается у мужчин, чем у женщин. Факторы роста и неоангиогенеза поддерживают гомеостаз эндотелиального барьера, формируют новую сосудистую сеть, снабжающую опухоль, и регулируются половыми гормонами.

Цель: изучение уровня некоторых факторов роста и неоангиогенеза в злокачественных опухолях прямой и сигмовидной кишки у больных обоего пола.

Материал и методы. Уровень VEGF-A, IFR-1, IFR-2 и TGF-β1 изучали в тканях, полученных от 73 пациентов (первичная аденокарцинома, ст. III, G2, 47 мужчин и 26 женщин в возрасте 38-74 лет, T1-3N0M0), методом ИФА с использованием стандартных тест-систем. Сравнивали с тканью условно интактной кишки, полученной из области линии резекции от тех же больных.

Результаты. Неоангиогенез в различных отделах толстой кишки имеет общие и отличительные черты, связанные с экспрессией различных факторов роста, имеющие гендерные различия. К общим механизмам относится регулируемая IGF-1 и IGF-2 активация VEGF-A в ткани злокачественной опухоли как прямой, так и сигмовидной кишки. К отличиям относился тот факт, что регуляторная роль TGF-β1 в отношении VEGF-A присутствовала только в ткани опухоли прямой кишки у женщин ($r = 0,99$, $p < 0,05$). У женщин уровень VEGF-A в опухоли прямой и сигмовидной кишки был достоверно в 2,3 раза выше, чем у мужчин. Кроме того, активация VEGF-A у женщин как в опухолях сигмовидной, так и прямой кишки значительно слабее зависела от IFR-II, так как его уровень был в среднем в 1,5 раза ниже, чем у мужчин.

Выводы. Выработка опухолями колоректального рака таких факторов неоангиогенеза, как VEGF-A, IFR-II и TGF-β1, имеет половую зависимость, чем, возможно, и объясняется частота заболеваемости данной патологией у мужчин и женщин.

VEGF-A/VEGF-R и EGF как факторы прогноза при метастазировании колоректального рака в печень

Никипелова Е.А., Кит О.И., Франциянц Е.М., Шапошников А.В., Бандовкина В.А., Каплиева И.В., Трепитаки Л.К., Ткаля Л.Д.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Актуальность. Метастазирование колоректального рака в печень резко снижает эффективность проведенного лечения и сокращает продолжительность жизни больных. Однако вовремя выявленные метастазы позволяют повысить среднюю выживаемость и улучшить качество жизни.

Цель: выявление значимых факторов для прогноза метастазов колоректального рака в печень.

Материал и методы. У 113 больных колоректальным раком ($n = 43$ рак прямой кишки и $n = 70$ рак ободочной кишки) стандартными ИФА методами в ткани опухоли и ткани линии резекции определяли уровень VEGF-A, VEGF-R, EGF.

Результаты. У всех больных колоректальным раком уровень VEGF-A и VEGF-R в опухоли, по сравнению с показателями в линии резекции, был повышен, вне зависимости от локализации опухоли в сигмовидной или прямой кишке. У 46,5% больных раком прямой кишки и у 29% больных раком сигмовидной кишки уровень VEGF-A оказался более чем в 2,5 раза выше, чем у остальных пациентов. При этом соотношение VEGF-A/VEGF-R было также в 2,9 раза выше. Кроме того, у данной группы паци-

ентов в ткани опухоли установлен рост уровня EGF в 3,9 раза при раке прямой кишки и в 4,2 раза при раке сигмовидной кишки, по сравнению с показателями в ткани линии резекции. В ходе наблюдения у данной когорты больных в ближайшие 3 месяца жизни установлено наличие метастатического поражения печени.

Заключение. В опухоли прямой и сигмовидной кишки активируется неоангиогенез, при этом повышение VEGF-A в совокупности с ростом EGF способствует прогрессии опухолевой болезни и метастазированию. Показатели соотношения VEGF-A/VEGF-R в ткани опухоли, по сравнению с линией резекции, могут являться надежным фактором прогноза метастазирования в печень.

Прогностическое значение разных типов опухолевых сосудов при раке молочной железы

Никитенко Н.В., Сеньчукова М.А., Тишкова Е.Ю., Дегтярев А.М., Киртбая Д.В.

Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава России, Оренбург; Онкологический Диспансер №2 г. Сочи Минздрава Краснодарского края, Сочи

Цель: изучение морфологических особенностей опухолевых сосудов и их связей с клинико-морфологическими и биологическими особенностями рака молочной железы (РМЖ).

Материалы и методы: исследованы 59 образцов опухоли с T1-T2 стадиями инвазивного РМЖ неспецифического типа. Срезы окрашивали гематоксилином Майера и эозином и иммуногистохимически с использованием антител к CD34. Оценивали морфологические особенности разных типов сосудов опухоли и сравнивали их количество с клиническими характеристиками РМЖ: T и N стадиями, степенью дифференцировки (Grade), статусом рецепторов к эстрогенам (РЭ) и прогестеронам (РП) и HER2/NEU, наличием лимфо-васкулярной инвазии (ЛВИ).

Результаты. Выделены следующие типы опухолевых сосудов: нормальные капилляры диаметром 5–40 мкм, дилятированные капилляры (ДК) диаметром более 40 мкм и атипичные дилятированные капилляры (АДК) диаметром более 40 мкм, но характеризующиеся хаотичным расположением эндотелиальных клеток. Количество ДК коррелировало с количеством АДК (p = 0,0008) и наличием ЛВИ (p = 0,005). При множественных ДК чаще выявлялись множественные АДК (в 20,0, 28,6 и 57,9% случаях соответственно при отсутствии единичных и множественных ДК, p = 0,13) и наблюдалась ЛВИ (в 40,0, 52,4 и 78,9% случаях соответственно при отсутствии единичных и множественных ДК, p = 0,12). Наличие АДК коррелировало со степенью дифференцировки РМЖ (p = 0,003), содержанием РЭ (p = 0,0007) и РП (p = 0,045) в опухоли и наличием ЛВИ (p = 0,0002). Множественные АДК чаще встречались при G2-G3 (0%, 43,8 и 50% случаях соответственно при G1, G2 и G3, p = 0,03), негативном статусе РЭ (в 60,0 и 15,0% случаев, соответственно при негативном и позитивном статусе РЭ, p = 0,008) и РП (в 47,1 и 18,2% случаев, соответственно при негативном и позитивном статусе РП, p = 0,22). ЛВИ достоверно чаще встречалась при множественных АДК (в 30,0, 58,8 и 83,3% случаев соответственно при отсутствии, единичных и множественных АДК, p = 0,02).

Выводы: АДК в строме опухоли являются важным прогностическим критерием, который может использоваться для оптимизации подходов к лечению РМЖ.

Некоторые особенности иммунологического микроокружения доброкачественных и злокачественных опухолей эндометрия

Никитин И.С., Златник Е.Ю., Новикова И.А., Никитина В.П., Селютина О.Н., Кравцова О.Е.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Цель: установить сходные и различные характеристики локального иммунитета при доброкачественных и злокачественных новообразованиях эндометрия.

Материалы и методы. Исследование проводили в гомогенатах тканей (опухоли и линии резекции), взятых во время операции по поводу рака эндометрия (20 больных), миомы матки (8 больных) и аденомиоза (3 больных), которые были объединены в одну группу доброкачественных новообразований. Иммунофенотипирование лимфоцитов и ДНК-цитометрию проводили с помощью BD FACS CantoII.

Результаты. В тканях обоих видов опухолей выявлено выраженное преобладание количества T- и NK-лимфоцитов над B-клетками, уровень которых не превышает 2%, а среди T-лимфоцитов обнаружено преобладание CD3+CD8+ над CD3+CD4+-клетками. Ткань миомы и ткань рака эндометрия содержит более высокое количество T(CD3+)-лимфоцитов по сравнению с перифокальной тканью. Обнаружен и ряд различий исследуемых характеристик в тканях миомы и рака тела матки. Так, в образцах ткани рака тела матки присутствует более высокий уровень CD3+CD4+-клеток (38,2 ± 4,74 против 23,3 ± 1,5% в ткани линии резекции; p < 0,05). А содержание NK-еклеток двукратно снижено (10,7 ± 2,3%) по сравнению как с линией резекции (23,8 ± 3,33%), так и с тканью миомы матки (23,1 ± 5,4%). По данным ДНК-цитометрии большинство опухолей были диплоидными; пролиферативная активность РТМ выше, чем миомы (в S-фазе находится 11,1 ± 1,1 и 5,5 ± 1,6% клеток соответственно); индекс пролиферации составляет 14,9 ± 1,6 и 8,6 ± 2,4 соответственно, p < 0,05). Возможно, высокая пролиферативная активность опухоли способствует угнетению NK-клеточного звена иммунной системы в ее микроокружении, реализуя таким образом один из путей избегания опухолью иммунного надзора.

Заключение. Обнаружены черты как сходства, так и различий показателей локального иммунитета в доброкачественных и злокачественных опухолях эндометрия.

Неоадъювантная полихимиотерапия в комплексном лечении больных распространенным раком яичников

Никитина В.П., Неродо Г.А., Кравцова О.Е., Вереникина Е.В., Никитин И.С., Арджа А.Ю.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Цель: изучить влияние НАПХТ на показатели свободнорадикальных процессов в ткани злокачественных опухолей яичников.

Материал и методы. Первая группа – ткань яичников 124 больных раком яичников, 2-я группа – ткань контралатерального, не пораженного опухолью яичника у 119 больных РЯ, данные сопоставлялись со здоровой тканью яичников 50 пациенток.

Результаты. В ткани рака яичников (РЯ) уровень вит. Е в 2,6 раза снижен, вит. А – в 4,1 раза по сравнению со здоровым. Уровень витаминов А и Е в ткани контралатеральных яичников снижен относительно показателей в здоровой ткани в 5 раз и в 2,8 раза. В ткани РЯ СОД увеличена на 46% относительно здоровой ткани. В здоровой ткани медь – цинк – СОД составило 15,7% от общей активности, а в опухоли – 8,2%. Диеновые конъюгаты в неоплазии увеличены на 42% относительно ткани здоровых яичников. В ткани контралатерального яичника найдено увеличение активности общей СОД в 2,1 раза относительно контрольных величин; активность каталазы снижена на 35%. Диеновые конъюгаты в ткани контралатерального морфологически неизмененного яичника увеличены на 38% и не отличаются от показателей злокачественной опухоли. Уровень МДА снижен в 4,1 раза. После НАПХТ в ткани РЯ отмечено увеличение содержания вит. А и Е в 1,8 раза и 3,2 раза соответственно относительно показателей без лечения, активность медь – цинк – СОД увеличилась на 40,3%. После НАПХТ изменилось содержание ПОЛ: уровень диеновых конъюгат возрос на 24,7%, МДА – снизился на 47,7% относительно фоновых величин. В контралатеральном яичнике после НАПХТ активность основных антиокислительных ферментов – СОД, каталазы не имели отличий от здоровой ткани. Диеновые конъюгаты приближены к нормативным значениям, содержание МДА не изменилось.

Заключение. Морфологически здоровая ткань контралатерального яичника отличается дисбалансом антиокислительных факторов, сходных с тканью РЯ. НАПХТ приводит к нормализации измененных показателей метаболизма как в ткани РЯ, так и в контралатеральном яичнике.

Анализ некоторых иммунологических показателей у больных раком эндометрия в зависимости от степени распространения заболевания

Никитина В.П., Неродо Г.А., Закора Г.И., Кравцова О.Е., Никитин И.С.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Цель: оценить состояние иммунной системы больных раком эндометрия (РЭ) в зависимости от стадии заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 145 пациенток от 46 до 72 лет в постменопаузе (5–15 лет). Из них в I стадии – 45 (31%) больных, во II – 67 (46%) и в III – 33 (23%). Все в постменопаузе длительностью от 5 до 15 лет.

Результаты. При I стадии РЭ снижается количество и активность моноцито-макрофагов у 21% больных, средний показатель макрофагальной трансформации моноцитов (МТМ) – 44,8 ± 2,7% и 0,12 ± 0,02 × 10^9/л; у 23,4% больных повышен уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)– 34,1 ± 4,1 у.е. Пролиферативная активность Т-лимфоцитов под влиянием фитогемагглютинина (ФГА) снижена до 39,6 ± 2,0%. При II стадии пролиферативная активность Т-лимфоцитов под влиянием ФГА снижена до 38,7 ± 2,6%; снижено количество и активность моноцито-макрофагов у 46% больных, показатель ПТМ-М – 37,8 ± 2,5%, что ниже, чем в контрольной группе. Способность к пролиферации в бласты у В-лимфоцитов в реакции бластной трансформации (РБТ) на липополисахарид (ЛПС) снижена до 42,2 ± 3,1%. Уровень сывороточных ЦИК составил 45,3 ± 3,6 усл. ед. Кроме того, достоверно снижено общее количество лимфоцитов в периферической крови по сравнению со здоровыми женщинами до 21,8 ± 2,8%. В III стадии снижена по сравнению с I стадией и с нормой пролиферация Т-лимфоцитов в бласты на ФГА до 34,7 ± 2,1%. Достоверно снижена функциональная активность В-лимфоцитов в РБТ на ЛПС – 39,5 ± 3,1%. Коэффициент изменения нормы (КИН) снизился при этом до 46%. Уровень сывороточных ЦИК составил 44,4 ± 4,0 усл. ед.

Заключение. Выявлены нарушения клеточных и гуморальных факторов иммунного статуса больных РЭ при сохранении количества Т-лимфоцитов, пролиферативная активность как Т-лимфоцитов, так и В-лимфоцитов статистически значимо снижается в процентах и в абсолютном исчислении. Возрастающая концентрация ЦИК во II и в III стадии РЭ блокирует активность иммунокомпетентных клеток, прежде всего Т-лимфоцитов основных субпопуляций.

Проблемы восстановления костных структур средней зоны лица у онкологических больных и пути их решения с использованием имплантатов

Новиков В.А., Штин В.И., Чойнзонов Е.Л., Рябова А.И., Васильев Р.В., Суркова П.В.

НИИ онкологии Томского национального исследовательского медицинского центра, Томск

Актуальность. Особенности анатомического строения средней зоны лица являются причиной того, что даже небольшие по объему новообразования требуют выполнения обширных хирургических вмешательств, что приводит к выраженным косметическим и функциональным нарушениям, затрудняющим процессы социальной адаптации. В современных условиях, когда качество жизни становится одним из основных показателей эффективности лечения, важнейшее значение приобретает реабилитация больных, нуждающихся в выполнении реконструктивных вмешательств и адекватного протезирования.

Материалы и методы. В исследование вошли пациенты (n = 84) с местнораспространенными формами (T3-4N0M0) рака синоназальной области, получившие комбинированное лечение, включающее предоперационную лучевую терапию, хирургическое лечение с протезированием резецированных костных структур и ИОЛТ. Для адекватного замещения утраченных костных структур использовались различные типы имплантатов из никелида титана: тонкопрофильная ткань, имплантаты из пористого никелида титана, рамочные имплантаты. В ходе оперативного вмешательства они укладывались на края костных дефектов и фиксировались к сохраненным костным структурам.

Результаты. Длительность наблюдения составила от 6 мес до 12 лет. Интеграция имплантатов происходила без отрицательного влияния на сроки заживления ран, частоту и выраженность послеоперационных осложнений, отмечалась стабильная фиксация имплантата. При осмотре послеоперационной полости было установлено, что на 10-е сутки поверхность имплантата покрыта фибрином и очагами грануляций, а через 40 суток – полностью покрыта слизистой оболочкой. Показатель 5-летней общей выживаемости составил 61 ± 8,1%, 5-летней безрецидивной выживаемости 66,2 ± 8,8%.

Выводы. Клинический опыт применения имплантатов из никелида титана для замещения костных структур средней зоны лица у онкологических больных убедительно доказал высокую эффективность данного метода: использованные имплантаты обладают высокой механической прочностью и биологической совместимостью – случаев фрагментирования и отторжения эндопротезов не зарегистрировано, восстановление опорных структур достигнуто в 100% случаев.

Сравнительный анализ параметров клеточного цикла самостоятельного и сочетанного рака тела матки

Новикова И.А., Никитин И.С., Никитина В.П., Кравцова О.Е.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Цель: изучить показатели клеточного цикла самостоятельного и сочетанного с миомой и аденомиозом рака тела матки (РТМ).

Материалы и методы. Интенсивность деления опухолевых клеток изучена у 25 больных самостоятельным и у 25 больных РТМ в сочетании с миомой и аденомиозом. Анализ проведен на проточном цитофлуориметре BD Facs CantooII. Подготовку тканей опухоли осуществляли с помощью дезагрегирующего устройства BD Medimachine.

Результаты. Сравнительный анализ ДНК-цитометрических параметров самостоятельного и сочетанного РТМ выявил увеличение доли анеуплоидных опухолей в 3,2 раза при сочетанной патологии; в 1,2 раза при ней же отмечено увеличение среднего содержания анеуплоидных клеток в опухоли, хотя разница значений не имела достоверных различий. Напротив, среди диплоидных опухолей, отмечено преобладание их при миоме матки и/или аденомиозе в 1,2 и 4,3 в сравнении с самостоятельным и сочетанным раком соответственно. Для анеуплоидных опухолей и группы самостоятельного рака и сочетанного рака тела матки характерным оказалось отсутствие опухолей с ИНДК до 1,0, и преобладание среди них опухолей с ИНДК свыше 1,5 (80 и 62,5% соответственно). Высокие значения ИНДК совпадали с морфологическими параметрами опухоли, такими как низкая степень дифференцировки, инвазия более половины толщины миометрия и преобладание среди них опухолей прогностически неблагоприятных гистологических типов.Выявлено, что сочетанный рак тела матки с миомой и аденомиозом в целом по группе демонстрирует более высокую пролиферативную активность за счет увеличения темпов пролиферации и индекса пролиферации в 1,9 и 1,6 раза, в сравнении с группой самостоятельного рака тела матки и РТМ в сочетании с миомой соответственно, а показатели пролиферативной активности сочетанного рака тела матки с миомой превосходят по доле клеток в S-фазе и ИП самостоятельный РТМ в 1,4 раз и в 1,7 раза.

Заключение. Интенсивность деления опухоли, определяемая по доле клеток в S-фазе клеточного цикла, может служить одним из факторов прогнозирования течения заболевания.

Особенности реализации онкологического скрининга в современных условиях на примере Челябинской области

Новикова Т.С., Доможирова А.С., Аксенова И.А.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Несмотря на доказанную эффективность скрининговых онкологических программ в выявлении локализованных форм ЗНО в развитых странах, в России до настоящего времени отсутствует единая национальная программа онкологического скрининга. В регионах страны с различной эффективностью проводятся изолированные противораковые мероприятия.

В Челябинской области более 10 лет работа смотровых кабинетов амбулаторно-поликлинических учреждений переориентирована с банальных гинекологического и урологического осмотров на выявление ЗНО визуальных локализаций, значительно расширена сеть смотровых кабинетов, персонал обучен онкологической грамотности. С 2010 года организован маммографический скрининг ЗНО молочной железы у женщин и скрининг ЗНО предстательной железы с использованием определения общего ПСА крови у мужчин. До указанного времени отчетные формы о проведении дополнительной диспансеризации (включая результаты маммографических и ПСА-исследований) не предусматривали персонифицированного учета выявленных больных и не позволяли проследить их дальнейшую судьбу, что подчеркивает значимость популяционных раковых регистров (включая регистры скрининговых программ) для учета активно выявленных онкологических больных, а также для изучения ближайших и отдаленных результатов скринингов.

Проводимые областные профилактические мероприятия внесли существенный вклад в увеличение удельного веса локализованных форм в общей структуре ЗНО. Удельный вес I-II стадии в смотровых кабинетах за 10 лет увеличился на 16,2%, а по Челябинской области всего на 7,5%. Рост числа локализованных форм ЗНО молочной железы при профилактической маммографии составил 9,5%, а по Челябинской области меньше – 3,3%. Рост числа локализованных форм ЗНО предстательной железы при ПСА-скрининге составил 7,8%, что существенно улучшило результаты по Челябинской области в целом на 9,5%.

Описанные профилактические программы в онкологии являются эффективными методиками для раннего выявления ЗНО, которые не требуют дополнительного привлечения финансовых средств на их реализацию.

Симультанные вмешательства у больных злокачественными заболеваниями грудной полости и конкурирующей сердечной паталогией

Нохрин А.В., Гордеев М.Л., Хубулава Г.Г., Халиков А.Д., Николаев Г.В.

Городской онкологический диспансер, Санкт-Петербург; Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург

Актуальность проблемы обусловлена ростом количества онкологических больных с конкурирующей сердечной паталогией и высоким риском развития осложнений и летальных исходов со стороны сердечно-сосудистой системы после проведенных обширных операций по поводу рака. С 2005 г. по 2016 г. пролечено 30 пациентов со злокачественными опухолями грудной полости и конкурирующими заболеваниями с сердечной паталогией (ИБС, нарушение ритма и паталогия клапанного аппарата сердца). Возраст больных колебался от 51 до 78 лет. У 3 пациентов был рак пищевода, у 3 кардиоэзофагеальный рак, у 23 – рак легкого и у 1 – метастаз рака толстой кишки. Мужчин было 22, женщин – 8. Всем пациентам проводилось стандартное обследование, включающее ЭКГ, эхокардиографию, стресс-ЭХО, коронарографию. Больным с нарушением ритма проводилось суточное мониторирование. У 2 пациентов рак легкого был диагностирован во время кардиохирургической операции, как случайная находка. 6 больным была выполнена симультанная операция: АКШ и протезирование аортального клапана 1 пациенту; АКШ – 5 больным (из которых 3 операция off pump) и одномоментно 1 бронхопластическая операция, 1 пневмонэктомия, 2 – лобэктомии и 2 – атипичные резекции легкого. В 3 случаях одномоментную операцию удалось сделать из стрнотомного доступа и в 3 случаях был использован комбинированный доступ-стрнотомия и торакотомия. У 24 пациентов были выполнены этапные операции. В 18 случаях первым этапом выполнялась коррекция сердечной паталогии: АКШ-9 (6 из них off pump), протезирование аортального клапана и АКШ-2, протезирование митрального клапана-1, стентирование коронарных артерий у 6 больных. 6 больным из-за выраженного нарушения ритма на первом этапе выполнялась имплантация кардиостимулятора. На 2 этапе выполнялись операции по поводу рака – 3 резекции пищевода по Люису, 2 – гастрэктомии с резекцией пищевода, 1 – проксимальная резекция желудка с н/3 пищевода, 2 – бронхопластические операции, 1 – пневмонэктомия, 12 – лобэктомий и 3 – атипичные резекции легкого. Интервал между операциями был от 1 недели до 3 месяцев. 1-2 стадии рака легкого у 17 пациентов, 111а.ст. – у 7 больных. Рак пищевода 1 и 2 стадии у 3 пациентов, кардиоэзофагеальный рак 111 А ст. – у 2 больных. Рак кардиального отдела желудка 2 ст. – у 1. Умер один из 30. Осложнения развились у 6. Отдаленные результаты прослежены у 22 из 30 больных. Выполнение симультанных операций позволило расширить круг радикально оперированных пациентов.

Эффективность неоадъювантной химиотерапии с последующим хирургическим вмешательством и адъювантной химиотерапии при мелкоклеточной карциноме пищевода

Нохрин А.В., Кесаев Т.С., Карасева Н.А., Севостьянов Т.Ф.

Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург

Первичный мелкоклеточный рак пищевода редкая агрессивная опухоль с плохим прогнозом. Доля мелкоклеточной карциномы в структуре злокачественных опухолей пищевода составляет от 0,05 до 2% (Hudson et all 2007). Медиана выживаемости с момента установления диагноза не превышает 12 месяцев (Jing-Ping Yun tt all 2007. A Nevares 2011). В нашем случае мы хотели продемонстрировать эффективность агрессивного комплексного лечения данной паталогии. Пациент К. 61 г. обратился с жалобами на дисфагию в августе 2014 г. При ФГДС выявлен полиповидный рак нижней трети пищевода. Диагноз верифицирован – недифференцированный рак? плоскоклеточный G3? нейроэндокринная опухоль? ИГХ исследование-мелкоклеточный рак пищевода. По рентгенологической и эндоскопической картине обследования протяженность поражения составляла 5 см. При КТ грудной полости и верхнего этажа брюшной полости увеличенных лимфоузлов в средостении и ниже диафрагмы не выявлено. Учитывая патоморфологическую картину опухоли-первичный мелкоклеточный рак пищевода, пациенту с сентября 2014 г. по март 2015 г. проведенна ПХТ по схеме цисплатин+этопозид. При контрольном эндоскопическом обследовании в апреле 2015 г. на протяжении 4 см. в нижней трети пищевода выявлена плотная рубцовая ткань с деформацией просвета. После проведенной ПХТ у пациента купировалась дисфагия и больной прибавил в весе около 3 кг. При контрольном КТ-исследовании и УЗИ брюшщной полости отдаленных МТС не выявлено. Учитывая положительный эффект проведенной ПХТ и для объективной морфологической оценки, проведенной ПХТ в июне 2015 г. выполнена операция-резекция пищевода по Люису. Морфологическая картина после операции соответствовала тотальному лечебному патоморфозу опухоли. Края резекции пищевода и желудка, большой сальник,парааортальная клетчатка и 26 исследуемых региональеных лимфоузлов без опухоли. Учитывая эффективность проведенной ПХТ, пациенту после операции с июля по октябрь 2015 г. проведена адъювантная ПХТ по схеме карбоплатин+этопозид. При контрольном КТ обследовании грудной и брюшной полости, МРТ головного мозга в январе 2017 г. – отдаленных МТС и местного рецидива не выявлено.

Заключение. Неоадъювантная ПХТ с последующей эзофагэктомией и адъювантной ПХТ может являться оптимальной лечебной тактикой при мелкоклеточной карциноме пищевода с локальным поражением. Использование лучевой терапии в последующем дает возможность маневра при возникновении рецидива.

Возможности применения гидрогелевых материалов при лечении рецидивов колоректального рака

Обухов Е.М., Мешечкин А.В., Мешечкина В.Г., Корытова Л.И., Олтаржевская Н.Д., Коровина М.В.

Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Минздрава России, Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить возможности гидрогелевых материалов в качестве материалов сопровождения для улучшения качества жизни больных при химиолучевой терапии (ХЛТ) РКРР.

Материалы и методы. В исследование включено 60 пациентов с диагнозом РКРР. Пациенты были разделены на 3 группы. В 1-й – контрольной группе (n = 20) проведен курс ЛТ с дозой за фракцию 3 Гр до суммарной очаговой дозы (СОД) 42 Гр, что соответствовало эквивалентной дозе 51 Гр обычного фракционирования. Во 2-й группе (n = 20) проведен аналогичный курс ЛТ, но с использованием динамического фракционирования. Разовая доза составляла 4 Гр, 3 Гр и 2 Гр до СОДэкв 51 Гр. В 3-й группе (n = 20) ЛТ проводили с использованием динамического фракционирования – 4 Гр, 3 Гр и 2 Гр до СОДэкв 56 Гр. В качестве радиомодификации использовали капецитабин в дозе 2000 мг в течение первых 2 недель ЛТ. Больному в ходе ЛТ ректально вводили колегель-диск с инкорпорированными наночастицами серебра с экспозицией до 6–8 ч 2 раза в сутки (утром и за час до сна).

Результаты. В результате лечения в 1-й группе полный регресс (ПР) достигнут у 1 пациента, частичный регресс (ЧР) – у 15, стабилизация (Ст) – у 3, прогрессирование (Пр) – у 1. Во 2-й группе ПР опухоли диагностирован у 3 пациентов, ЧР – у 17. В 3-й группе ПР опухоли диагностирован у 7 пациентов, ЧР – у 13. Кровомазание проходило к 4–6 дню использования дисков с наночастицами серебра. Боли в области рецидива снижались или исчезали к 6–9 дню лечения. Среди лучевых реакции в 1-й группе тошнота 1 ст отмечена у 3 пациентов, лучевой ректит 1–2 ст – у 15, лучевой эпителиит 1–2 ст – у 4 пациентов; во 2-й группе тошнота 1 ст – у 7, лучевой ректит 1–2 ст. – у 7, лучевой эпителиит 1–2 ст. – у 6 и у 6 пациентов реакций не отмечено; в 3-й группе тошнота 1ст. наблюдалась у 7 пациентов, лучевой ректит 1–2 ст. – у 9, лучевой эпителиит 1–2 ст. – у 8 и у 3 пациентов реакций не отмечено.

Заключение. Использование гидрогелевых материалов у пациентов с рецидивами КРР при агрессивной ХЛТ обеспечило усиление степени резорбции опухоли. Не выявлены побочные реакции, в том числе аллергические. Добавление гидрогелевых материалов колегель-диск с наночастицами серебра в качестве материалов сопровождения улучшает качество жизни больных и снижает частоту нежелательных побочных реакций.

Снижение частоты осложнений при проведении химиотерапии при нутритивной поддержке Нутридринк Компакт Протеин

Огородников В.А., Мочалова А.С.

Онкологический диспансер №5 Департамента здравоохранения г. Москвы

Задачи исследования: оценить нутритивную недостаточность и выявить закономерность осложнений у онкологических больных различными локализациями при химиотерапевтическом лечении (ХТЛ) и использовании Нутридринк Компакт Протеин.

Методы исследования. В работу включены пациенты от 18 до 80 лет следующих нозоологических групп: РМЖ (n = 30); КРР (n = 19); РЛ (n = 14); РЖ (n = 9); РПЖ (12) РЯ (n = 7); меланомой кожи (n = 9). Все пациенты получали химиотерапию, и у 63 % предшествовало хирургическое лечение. Проводилось изучение нутритивной недостаточности, частота и выраженность осложнений при химиотерапевтическом лечении. Оценивались антропометрические данные, клинико-биохимические показатели и анкетирование пациентов. Нутритивную поддержку Нутридринк Компакт Протеин получало: РМЖ (n = 17); КРР (n = 11); РЛ (n = 4); РЖ (n = 4); РПЖ (8) РЯ (n = 3); меланомой кожи (n = 3) на всем протяжении ХТЛ. Работа проводилась в отделении химиотерапии ГБУЗ города Москвы «ОД №5 ДЗ города Москвы». Расчеты выполнялись с использованием прикладных программ Microsoft Windows и программа spss 17.

Результаты и обсуждение. Выявлена закономерность между нутритивной недостаточностью и частотой осложнений при ХТЛ: раке поджелудочной железы в 55%, раке желудка 46%, КРР составила 42%, РЛ 28%, РМЖ 23%, раке яичников 28%, меланоме кожи 24%. Пациенты получающие нутритивную поддержку Нутридринк Компакт при ХТЛ испытывали незначительные нутритивные колебания, а связанные осложнения носили меньшую степень проявления в сравнении с контрольно группой.

Выводы. Исследования показали значимость контроля статуса питания, проведения адекватной и своевременной нутритивной поддержки и коррекции у онкологических больных при химиотерапевтическом лечении. Подтверждена взаимосвязь между потерей массы тела и более высокой частотой различных осложнений при химиотерапевтическом лечении, между недостаточностью нутритивного статуса и снижение ответа на проводимую химиотерапию, выживаемостью. В исследовании показано снижение частоты энтеритов, гематологической токсичности, тошноты и рвоты при химиотерапии у онкологических больных, при нутритивной поддержке Нутридринк Компакт Протеин. Доказана необходимость контроля нутрицонного статуса онкологических больных и его соответствующая коррекция в процессе химиотерапии.

Зависимость показателей онкомаркеров от степени распространенности метастатического поражения печени

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

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Актуальность. По данным отечественных авторов, на сегодняшний день интенсивно разрабатываются и внедряются в клиническую практику инструментальные, молекулярно-биологические и иммуногистохимические методы исследования. Эти методы характеризуют степень агрессивности опухолевого процесса и, кроме того, позволяют персонализировать прогноз клинического течения и чувствительность опухоли к проводимой терапии у больных КРР с метастазами в печени.

Цель исследования. Изучение зависимости показателей онкомаркеров (ОМ) от степени распространенности метастатического поражения печени при колоректальном раке.

Материал и методы. В программу исследования вошли 60 больных с диагнозом колоректальный рак. Прогрессия процесса в виде метастатического поражения печени в данной группе больных была выявлена в среднем через 15,18 ± 6,09 мес после удаления опухоли толстой кишки. Всем пациентам в сыворотке крови определяли концентрацию РЭА, СА19-9, СА242 методом иммунохемилюминесцентного анализа с использованием анализатора Immulite 2000 (DPC, США).

Результаты. В группе больных, у которых было выявлено до 3 мета¬стазов (mts) в печени, показатели РЭА составили 69,37 ± 59,49 нг/мл, СА 19-9 142,21 ± 105,21 Е/мл, СА 242 142,53 ± 105,19 Е/мл, в группе пациентов имевших 4-5 mts значения ОМ были выше: РЭА 88,89 ± 78,30 нг/мл, СА19-9 163,71 ± 73,37 Е/мл, СА 242 180,87 ± 104,70 Е/мл (p = 0,05, p = 0,12, p = 0,05 соответственно). В группе больных с суммой максимальных размеров выявленных mts до 7 см показатель РЭА составил 57,08 ± 39,12 нг/мл, СА 19-9 115,29 ± 96,64 Е/мл, СА 242 126,46 ± 83,47 Е/мл, а в группе пациентов с суммой максимальных размеров выявленных mts более 7 см показатели ОМ были значимо выше: РЭА 99,43 ± 81,45 нг/мл, СА 19-9 176,65 ± 75,03, СА 242 191,45 ± 111,81 Е/мл (p = 0,03, p = 0,01, p = 0,01 соответственно).

Выводы. Проведенные исследования показали, что у больных с наличием до 3 колоректальных mts в печени и с суммой максимальных размеров до 7 см средние показатели РЭА, СА 19-9, СА 242 были значимо ниже, чем у больных, имевших более 3 mts, с суммой максимальных размеров более 7 см.

Радиочастотная термоаблация в лечении больных с метастазами колоректального рака в печени

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

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Цель исследования. Изучить результаты и обосновать применение радиочастотной термоаблации (РЧА) в комбинированном лечении больных с метастазами колоректального рака (КРР) в печени.

Материал и методы. В программу исследования вошли 178 больных с билобарными единичными и множественными метастазами колоректального рака (КРР) в печени, выявленными после радикального хирургического лечения опухоли толстой кишки. В основную группу (n = 93) больные, которые получали комбинированное лечение: химиотерапия и радиочастотной аблации (РЧА). Больным контрольной группы (n = 85) проводилась только химиотерапия без хирургического воздействия на метастатические очаги. Сравнительный анализ результатов лечения проводился: в основной (n = 39) и контрольной (n = 33) группах – с единичными метастазами; и в основной (n = 54) и контрольных (n = 52) группах – с множественными метастазами.

Результаты. У больных в основной группе с единичными метастазами КРР в печени была достигнута трехлетняя безрецидивная выживаемость, которая составила 3,5%, медиана безрецидивной выживаемости достигла 15 месяцев. В контрольной группе с единичными метастазами были получены только двухлетние показатели – 6,9%, медиана выживаемости составила 9 месяцев. Общая пятилетняя выживаемость в основной группе с единичными метастазами – 4,3%, медиана общей выживаемости достигла 28 месяцев, тогда как в контрольной группе была получена лишь трехлетняя выживаемость – 9,9%, с медианой выживаемости 15 месяцев. В основной группе больных с множественными билобарными метастазами КРР в печени проведение РЧА позволило достичь двухлетней безрецидивной выживаемости – 3,4% с медианой безрецидивной выживаемости 9 мес, в то время как в контрольной группе с множественными метастазами аналогичный показатель равнялся нулю, медиана выживаемости достигла 6 месяцев. Применение РЧА в основной группе с множественными метастазами позволило достичь показателя общей четырехлетней выживаемости – 1,8%, медиана выживаемости 18 месяцев, тогда, как в контрольной группе была получена лишь трехлетняя выживаемость – 2,1%, медиана выживаемости 11 месяцев.

Выводы. Применение метода РЧА в комбинации с химиотерапией при лечении единичных и множественных билобарных метастазов КРР, позволяет значимо улучшить показатели безрецидивной и общей выживаемости.

Изучение непосредственных результатов паллиативных операций у больных с диагнозом колоректальный рак

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

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Цель исследования. Изучение непосредственных результатов паллиативных операций у больных с диагнозом колоректальный рак (КРР).

Материал и методы. С 2012 по 2016 года в отделение абдоминальной онкологии Самарского областного клинического онкологического диспансера выполнено 741 операций по поводу колоректального рака. Из них 43 носили паллиативный характер: гемиколэктомия справа – 20, гемиколэктомия слева – 17, резекция сигмовидной кишки – 4, передняя резекций прямой кишки – 2. У 2 больных дополнительно проводилась радиочастотная аблация метастазов печени, 2 больным выполнялись симультанные операции, дополненные с резекциями печени. Также имеется группа больных, которым резекции печени по поводу метастазов выполнялись отсрочено. Таким образом, за последние годы удельный вес паллиативных операций вырос с 1,6 до 2,3%.

Результаты. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 5 больных (11,6%): гнойные осложнения – 1, несостоятельность анастамоза – 1, тромбоэмболлия легочной артерии – 1, острое нарушение мозгового кровообращения – 1, перфорация язвы желудка – 1. Умерло 3 больных, причина смерти: тромбоэмболия легочной артерии – 1. перфорация хронической язвы желудка – 1, острое нарушение мозгового кровообращения – 1. послеоперационная летальность составила – 4,6%.

Выводы. Таким образом, низкий уровень послеоперационных осложнений и летальности после паллиативных операций свидетельствует о возможности и целесообразности их выполнения у больных с метастатическим КРР.

Оценка результатов применения радиочастотной термоаблации у больных с метастазами колоректального рака в печени при циторедуктивных операциях

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

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Цель исследования. Оценить результаты применения радиочастотной термоабляции (РЧА) метастазов колоректального рака (КРР) в печени при циторедуктивных операциях (ЦО).

Материал и методы. С целью проведения анализа результатов РЧА колоректальных метастазов печени при паллиативных операциях нами проведено исследование двух групп больных: 54 пациента с РЧА метастатических очагов составили основную группу, в контрольную группу вошел 61 больной с атипичной резекцией. Средний возраст в основной и контрольной группах составил 55,47*6,71 и 57,39*4,99 лет (t = l,71, p = 0,089) соответственно. Общее число метастазов, удаленных при атипичной резекции составило – 177, РЧА – 194. Количество метастатических новообразований в основной группе было от 2 до 6, среднее их число составило – 3,09*0,76, в контрольной – от 1 до 4, среднее число – 2,88*0,89 (p = 0,24).

Результаты. Проведенный анализ годовых отчетов хирургических отделений ГБУЗ СОКОД с 2001 года по 2008 годы показал, что общее число ЦО при КРР 4 стадии в данный период значимо не менялось и составило 54,37*7,71 операции в год. В основной группе послеоперационные осложнения наблюдались у 7 (13%), в контрольной – у 18 (29,5%) пациентов (p = 0,04). Осложнения, связанные с операцией на печени после РЧА были диагностированы – у 2 (28,6%), а после атипичной резекции – у 10 (55,5%) пациентов. Пятилетняя бессобытийная выживаемость в основной группе была выше, чем в контрольной, их значения составили 13,1 и 6,0% соответственно, медианы бессобытийной выживаемости составили 24 и 15 мес соответственно (p = 0,04). Показатели пятилетняя общей выживаемости в основной и контрольной группах составили 26,4 и 12,7% соответственно (p = 0,07).

Выводы. Таким образом, применение РЧА в лечении единичных билобарных метастазов в печени позволило значимо увеличить число ЦО R0, выполняемых при лечении КРР 4 стадии, снизить объем интраоперационной кровопотери и риск развития послеоперационных осложнений.

Прогнозирование на дооперационном этапе риска развития прогрессии заболевания после выполнения радиочастотной термоаблации метастазов колоректального рака в печени

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

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Цель исследования. Определить на дооперационном этапе риска развития прогрессии заболевания после выполнения радиочастотной термоаблации (РЧА) метастазов колоректального рака (КРР) в печени.

Материал и методы. Проведено исследование результатов комбинированного лечения с применением чрескожной РЧА у 93 больных с единичными и множественными билобарными метастазами КРР в печени, выявленными в различные сроки диспансерного наблюдения после удаления первичной опухоли. Проводился многофакторный анализ, изучающий влияние различных предикторов на риск развития рецидива и появления новых метастазов после проведения РЧА.

Результаты. На основании проведенного исследования была создана математическая модель P = 1/1+2,71-z, где p – вероятность того, что произойдет интересующее событие; 2,71 – основание натуральных логарифмов; z – формула множественной линейной регрессии: Z = 4,68*X1+0,02*X2+0,03*X3-4,68*X4-12,03, В настоящем исследовании математическую модель строили в модуле логистической регрессии по алгоритму Вальда, с пошаговым исключением в программе SPSS. При использовании этого метода первоначально брались в расчет все 11 предикторов, после чего они ранжировались и пошагово исключались в соответствии с их вкладом в модель. В результате была получена модель, включающая в себя 4 наиболее значимых предиктора (X1-X4): X1-число выявленных метастазов; X2 – значение CEA до операции в нг/мл; X3 – значение CA19-9 до операции в Ед/мл; X4 – число метастазов размером от 2 до 3 см. Далее приведена классификационная таблица, рассчитанная на основании вышеуказанной модели. Проведено сравнение результатов у 93 больных, полученных при выполнении КТ брюшной полости с целью выявления рецидива и прогрессии метастатического процесса (наблюдаемые результаты) и предсказанных результатов, полученных при помощи математической модели. Была просчитана чуствительность 95,5%, специфичность 100% и точность 96,8% данной математической модели.

Выводы. Применение математической модели позволяет выбрать наиболее эффективный алгоритм обследования больных после выполнения малоинвазивного лечения, что позволяет своевременно выявлять дальнейшую прогрессию заболевания.

Результаты одноэтапных и двухэтапных реконструктивных операции на молочной железы с использованием имплантов

Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Ткачев М.В., Ламонов М.С., Борисов А.П., Катюшин А.А.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Цель исследования. Сравнить результаты одноэтапных (ОРО) и двухэтапных (ДРО) реконструктивных операции на молочной железы с использованием имплантов.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты реконструктивных операции у больных I–III стадией раком молочной железы. В основную группу вошли больные (n = 33), которым проводилось ОРО. Показаниями к ОРО были желание больных восстановить молочную

железу в один этап, птоз 1–2 степени, объем железы не более 400 мл и отсутствие показаний для послеоперационного облучения. Больным контрольной группы (n = 28) выполнялась ДРО. Во время первого этапа, по возможности, сохранялась ареола и сосок, при этом избытки кожного лоскута не иссекались, а деэпидермизировались с целью увеличения количества мягких тканей над экспандером. Экспандер раскачивался в первые два месяцев (во время первых трех курсов химиотерапии) на 20–25% больше номинала и оставался без изменения на этапе облучения. Второй этап выполнялся через 4–6 мес после завершения комплексного лечения. На втором этапе, при необходимости, производили капсулэктомию и ремоделирование субмаммарной складки. У больных выполнена корригирующая операция на противоположной молочной железе: мастопексия (n = 7), маторедукция (n = 9), однопротезирование (n = 6).

Результаты. Послеоперационные осложнения возникли у четырех больных основной группы (двум из них проведены проведены повторные операции по удалению гематом, а у двух отмечен частичный некроз кожного лоскута.) В контрольной группе у двух больных отмечен разрыв экспандера и рожистое воспаление. Протрузия протеза на втором этапе возникла у одной больной через 1,5 месяца после операции. Формирование фиброзной контрактуры 3–4 степени (постоянная болезненность, деформация протеза) зарегистрировано у 5 пациенток основной группы и только у одной из контрольной. Эстетические результаты через 6–12 месяце после завершения второго этапа оценены как отличные (n = 8), хорошие (n = 13), удовлетворительные (n = 7) у больных контрольной группы, в основной группе отличные (n = 3), хорошие (n = 10), удовлетворительные (n = 20).

Выводы. Таким образом, способ ДРО может быть рекомендован больным с диагнозом рак молочной железы как основной в случае предполагаемого специального лечения или для достижения более значимого эстетического результата.

Видеоассистированные реконструктивно-пластические операции у больных с диагнозом рак молочной железы

Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Ткачев М.В., Ламонов М.С., Борисов А.П., Катюшин А.А.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Цель исследования: освоить и внедрить видеоассистированные реконструктивно-пластические операции (ВАРПО) у больных с диагнозом рак молочной железы (РМЖ).

Материал и методы. ВАРПО были использованы у 5 пациенток РМЖ. Трем пациенткам во время второго этапа реконструкции молочной железы (замена экспандера на эндопротез), у одной пациентки в случае отсроченной пластики экспандером и у одной больной во время одномоментной реконструкции молочной железы эндопротезом. У первых четырех пациенток длина кожного разреза не превысила 5 см, доступ осуществлен через латеральную часть предшествующего разреза (преимущественно в подмышечной области). У последней больной разрез проходил по наружной трети субмаммарной складки, первоначально его длина также не превышала 5 см, но в последующем для осуществления адекватного доступа для подмышечной лимфодиссекции возникла необходимость в его продлении на 4 см вверх. Первоначально у первых трех пациенток выполнялось удаление экспандера, далее в образовавшуюся полость вводился специальный крючок с системой дымоотсоса и гильзой для фиксации оптической системы. Ассистент осуществлял направленную тракцию мягких тканей грудной клетки вверх, хирург производил циркулярную капсулотомию, при необходимости дополнял радиальными насечками. Особое внимание уделялось диссекции нижнемедиального угла раны, так как прецизионное рассечение поверхностной фасции вдоль новой субмаммарной складки предопределяло формирование максимально естественной складки, как по уровню расположения, так и степени выраженности.

Результаты. Увеличение продолжительности оперативного вмешательства на 35 мин отмечено только у пациентки во время одномоментной реконструкции молочной железы, увеличение объема кровопотери не зарегистрировано. Послеоперационных осложнений не было. Использование видеоассистированной методики позволило прекрасно визуализировать все анатомические структуры и зоны оперативного вмешательства через минимальный доступ без совершения «лишней» мобилизации тканей, ранее применяемой при стандартном доступе.

Выводы. Целесообразно использование видеоассистированной реконструкции молочной железы у пациенток в случае отсроченного варианта (установка экспандера, замена экспандера на эндопротез).

Радикальные резекции у больных с диагнозом рак молочной железы

Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Ткачев М.В., Ламонов М.С., Борисов А.П., Катюшин А.А.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

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

Материал и методы. В отделении общей онкологии СОКОД за период 2012–2013 гг., выполнено 1640 хирур-

гических вмешательств на молочной железе по поводу злокачественных новообразований. Из них радикальных резекций 77 (4,7%). По стадиям пациенты распределились следующим образом: 0 – 1 (1,3%), 1 – 46 (59,7%), II – 30 (38,9%). Основными критериями для выбора этого варианта хирургического лечения являлись: размер опухоли до 3,0 см; по данным маммографии отсутствует мультицентричный или мультифокальный рост; желание пациентки получить удовлетворительный косметический результат, не прибегая к травматичным реконструктивно-восстановительным операциям (TRAM – лоскут, двухэтапная реконструкция).

Результаты. В отделении выполнено 31 (40,25%) операций при расположении опухоли в наружных квадрантах. При расположении во внутреннем квадранте – 18 (23,37%). Считается, что расположение опухоли в центральном квадранте вызывает выраженную деформацию, а удаление соска и ареолы делает эстетический результат ниже. При такой локализации опухоли проведено 28 (36,38%) операций. Стандартом является облучение оставшейся части молочной железы с целью предотвращения местного рецидива. Лучевая терапия применялась у 74 (96,10%) пациенток. Не продлилось лечение у 1 пациентки с TisNOMO, и у 2 пациенток по сопутствующей патологии. В послеоперационном периоде не было выявлено ни одного осложнения. Лимфоррея не превышала 16 дней. За время наблюдения развился один местный рецидив 1,3%, который привел к ампутации молочной железы с последующей пластикой эндопротезом. После проведенного радикального хирургического лечения, 65 (84,42%) пациенток оценивают результат как хороший и 12 (15,58%), как отличный.

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

Влияния гипербаческого кислорода в раннем послеоперационном периоде после радикальной мастэктомии у больных раком молочной железы

Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Ткачев М.В., Ламонов М.С., Борисов А.П., Катюшин А.А.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Актуальность. Лимфоррея после радикальной мастэктомии (РМЭ) отмечается в 100% случаев и является закономерным явлением. Появление лимфорреи более вероятно у больных преклонного возраста, с избыточной массой тела, сниженными регенеративными способностями тканей. При неблагоприятном течении послеоперативного лечения формируется грубыми фиброзными стенками, в которой постоянно скапливается жидкость, в результате чего послеоперационный период заживления затягивается.

Цель исследования. Изучение влияния гипербаческого оксигенации (ГБО) в раннем послеоперационном периоде после РМЭ у больных раком молочной железы.

Материал и методы. Исследована возможность использования ГБО с целью повышения регенеративных способностей тканей. Больные были разделены на две группы сравнения: 1 группа – больные, которым проводилась ГБО после оперативного лечения (25 человек); 2 группа больных – ГБО не проводилось (30 человек). Возраст больных составил от 35 лет до 60 лет. Средний возраст 48,5 ± 2,3 года приI и II стадии заболевания. Сеансы проводились в одноместной барокамере БЛКС-ЗОЗ один раз в сутки на режиме 1,4 Атм, время изопрессии 40 мин. Курс 5 сеансов.

Результаты. У больных I группы отмечалось снижение лимфорреи в два раза (с 230 мл до 120 мл) на 3–4 день после начала применения ГБО, а также уменьшение интенсивности болевого синдрома на 2 сутки, чего не было у больных II группы.

Выводы. Раннее применение ГБО при РМЭ дает возможность сохранить жизнеспособность тканей, способствует формированию эластичной рубцовой ткани. По мере восстановления функции верхней конечности включаются коллатеральные пути оттока лимфы, что ускоряет восстановительные процессы.

Непосредственные результаты реконструктивно-пластических операций у больных с диагнозом рак молочной железы с использованием различных методик

Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Ткачев М.В., Ламонов М.С., Борисов А.П., Катюшин А.А.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты РПО у больных РМЖ с использованием различных методик и предложить варианты по улучшению эстетических результатов.

Материал и методы. Проведен анализ непосредственных результатов РПО у 75 пациенток РМЖ, находившихся на лечении в отделении общей онкологии в 2013–14 гг. Реконструкция молочной железы с использованием экспандеров-эндопротезов выполнена у 52 пациенток, у 23 пациенток использованы собственные ткани (поперечный нижний эпигастральный кожно-мышечный (TPAM) и торакодорзальный (ТД) лоскут. Второй этап реконструкции (замена экспандера на эндопротез) выполнялся через 9–12 мес после первого или через 3–6 мес после завер-

шения адъювантного лечения. В случае РПО собственными тканями преимущественно использовался ТРАМ – лоскут на ипсилатеральной ножке с резекцией II и IV зон, обязательно вшивался сетчатый аллотрансплантат в дефект апоневроза. Забор ТД лоскута производился по стандартной методике с сохранением нерва и обязательным отсечением мышцы у мест ее прикрепления.

Результаты. Прогрессия заболевания в виде отдаленного метастазирования возникла у 6 пациенток (8%), местный рецидив у одной (1,3%). У 5 (9,6%) пациенток диагностирована ротация эндопротеза, еще у 7 (13,4%) развитие капсулярной контрактуры 2 степени, у 3 (13,1%) женщин отмечено образование липогранулем в проекции ТРАМ-лоскута. Эстетические результаты оценивались непосредственно сразу после проведения операции и спустя один год. Критериями оценки служило воссоздание формы и объема молочной железы, достижение симметрии и удовлетворенность пациентки полученным результатом. Отличный результат достигнут у 11 пациенток, хороший у 23, удовлетворительный у 15 и неудовлетворительный отмечен у 3 пациенток при использовании аллотрансплантатов, после выполнения РПО собственными тканями у 10 пациенток отличный результат, у 9 – хороший и у 3 – удовлетворительный. Через год треть пациенток с реконструкцией аутотканями посчитали свои результаты более значимыми, в то время как пациентки после РПО экспандерами/эндопротезами отнеслись к ним более критично.

Выводы. Выполнение РПО не приводит к ухудшению непосредственных результатов лечения больных РМЖ. Более значимые эстетические результаты, полученные после РПО собственными тканями, требуют дальнейшего совершенствования методик.

Сохранение соского-ареолярного комплекса у больных с диагнозом рак молочной железы

Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Ткачев М.В., Ламонов М.С., Борисов А.П., Катюшин А.А.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Цель исследования. Внедрить реконструктивно-пластические операции (РПО) с сохранением соского-ареолярного комплекса (САК) у больных с диагнозом рак молочной железы (РМЖ), оценить полученные результаты в зависимости от вида реконструктивной операции.

Материал и методы. С 2010–2013 83 больным РМЖ (23–63 лет) выполнены радикальные мастэктомии (РМЭ) с сохранением САК и одномоментной реконструкцией. 1 стадия у 24 пациенток, 2 – у 45, 3 – у 14. Реконструкция собственными тканями (нижний эпигастральный (ТРАМ), торакодорзальный лоскут) произведена39 пациенткам, имплантами в один этап – 31, в два этапа – 13 больным. Показания к сохранению САК: отсутствие клинического, инструментального и гистологического подтвержденного вовлечения САК в опухолевый процесс. Толщина оставляемого участка железистой ткани под соском не более 0,5 см. Доступы – радиарные разрезы доСАК у 62 больных, субмаммарный у 21. РПО ТРАМ-лоскутом (37) выполнена на ипсилатеральной ножке, с частичной или полной деэпидермизацией, ТДЛ – 2 пациентки. Симметричная коррекция противоположной железы – 12 пациенток (маммаредукция). РПО имплантами: полный мышечный карман – 18, сетчатый имплант – у 13 пациенток. Двухэтапная РПО имплантом – у 13 пациенток с высоким риском назначения адьювантнойхимио-лучевой терапии. Для достижения симметрии 5 больным выполнена мастопексия, у 13 маммаредукция, у 11 – эндопротезирование. Адьювантнаяполихимиотерапия проведена 59 пациенткам, лучевая терапия – 15, гормональная терапия тамоксифеном – 28.

Результаты. У 4 пациенток САК удален по результату гистологического исследования (срочное 3, плановое 1). Полных некрозов САК не было, частичный некроз – у 4 (4,8%) пациенток. Частичный некроз ТРАМ-лоскута – у 1 (1,2%) пациентки. Рецидив в подмышечной области возник у 2 (2,4%) пациенток, отдаленные метастазы у 2 (2,4%), рецидива в области САК не было. У 6 (7,2%) – ротация эндопротеза, у 4 (4,8%) развитие капсулярной контрактуры 3 степени, у 3 (3,6%) – образование липогранулем. Эстетические результаты оценивались после операции и через год. Отличный, хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный результату 8/21/13/2 пациенток РПО имплантами, у 15/20/4/- РПО собственными тканями.

Выводы. РПО с сохранением САК онкологически безопасны, РПО собственными тканями определяют более значимый эстетический результат.

Планирования хирургического лечения у больных с гигантомастией с диагнозом рак молочной железы

Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Ткачев М.В., Ламонов М.С., Борисов А.П., Катюшин А.А.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Цель исследования. Доказать необходимость планирования хирургического лечения у больных с гигантомастией в объеме радикальной мастэктомии (РМЭ) и первичной маммаредукции с противоположной стороны.

Материал и методы. С 2012 г. в отделении общей онкологии ГУЗ СОКОД выполнена 21 маммаредукции у больных с гигантомастией, которым была проведена РМЭ с противоположной стороны. У 11 женщин была первичная маммаредукция, у 10 – отсроченная. Послеоперационные осложнения в виде воспаления послеоперационной раны возникли у одной пациентки, еще у одной пациентки диагностирована гематома. Консервативное лечение было эффективным и не повлияло на сроки и результат лече-

ния. Согласно исследованиям травматолога – ортопедической службы Самарской области, у женщин с гигантомастией после радикальной мастэктомии в 90% случаев в течение первого года после операции развивается компенсаторная кифотическая, сколиотическая осанка или их комбинация.

Результаты исследования. Для разработки математических моделей и оценки достоверности полученных результатов применяется подография, стабилометрия, электромиография, рентгенография и МРТ позвоночника. При планировании типа масторедукции учитывали ростовесовые показатели, индекс массы тела, возраст, индивидуальные антропометрические данные молочных желез. При выполнении первичной масторедукции ортопедические нарушения не проявлялись. У лиц, которым масторедукция была произведена в отсроченном периоде через 1,5–3 года после мастэктомии, отмечали следующие осложнения: у 9 пациенток сформировались спинномозговые грыжи и кифосколиотическая осанка. Выполняя первичную масторедукцию, мы придерживались следующих положений: операция выполняется в один этап, без коррегирующих вмешательств; сосково-ареолярный комплекс перемещается в более высокое положение; грудь должна иметь естественный вид, сохраняются соски с ареолами, при необходимости их диаметр уменьшается. Первичная масторедукция выполнялась со следующими вариантами питающих лоскутов: верхне-нижний, верхнебоковой, нижний и боковой (наружный и внутренний).

Выводы. Первичную масторедукцию у больных с гигантомастией, перенесших радикальную мастэктомию с противоположной стороны, необходимо включить в стандарты планирования объема хирургического лечения.

Применение синтетических эксплантов для создания кармана эндопротеза при выполнении реконструкции молочной железы

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

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Цель работы. Оценить возможность применения синтетических эксплантов для создания кармана эндопротеза при выполнении реконструкции молочной железы.

Материал и методы. В 2013 г. пятнадцати 15 больным I–II стадией РМЖ после радикальной мастэктомии с сохранением соского-ареолярного комплекса выполнялась реконструкция молочной железы имплантом с использованием синтетического экспланта, вшиваемого между субмаммарной складкой и осеченной от нее большой грудной мышцей. Показаниями к использованию послужили птоз молочных желез 1–2 степени и объем молочной железы более 300 мл. Мобилизация передней зубчатой мышцы для укрытия импланта выполнена четырем больным при расположении опухоли в нижне-наружнем квадранте. Первым этапом фиксировали сетку к складке, начиная от медиального края отдельными узловыми швами. Далее размещали имплант и сшивали сетку по краю большой грудной мышцы отдельными матрацными швами. Нижний мастэктомический лоскут отдельно фиксировали к сетке. Дренажи удаляли на 4–6-е сутки при объеме отделяемого менее 50 мл. У всех больных были установлены высокопрофильные протезы: 300–400 мл у шести пациенток, 400–500 мл – у семи, 500–550 мл у двух.

Результаты. Ранних послеоперационных осложнений не было. Лимфорея в области экспланта к 14 суткам составляла в среднем 20 мл и обычно прекращалась через 2 недели. У одной больной произошла протрузия протеза на 2-м месяце на фоне курсов химиотерапии в связи с расположением кожного рубца непосредственно над сетчатым эксплантом. Эстетические результаты через 6–12 мес после завершения хирургического лечения наблюдались как отличные (n = 5), хорошие (n = 8), удовлетворительные (n = 1). У восьми больных удалось восстановить птоз молочной железы, достигнув значительной симметрии без вмешательства на противоположной железе. Ни у одной пациентки не зарегистрировано формирование фиброзной капсулярной контрактуры 3–4 степени, напротив, отмечалась выраженная подвижность импланта в сравнении с больными, у которых выполнено полное мышечное укрытие эндопротеза.

Выводы. Таким образом, неполное мышечное укрытие импланта не приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений. Использование сетчатого экспланта позволяет добиться более значимого эстетического результата за счет формирования птоза молочной железы и большей подвижности импланта.

О результатах деятельности онкологической службы Самарской области в период 2012–2016 годы

Орлов А.Е., Егорова А.Г.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Самарской области в период 2012–2016 гг. возросла с 446,6 до 496,1 на 100 тыс. населения, или на 12,7%. В структуре общей онкологической заболеваемости первые места занимают злокачественные новообразования, имеющие неблагоприятный прогноз. Среди них: колоректальный рак (11,8%), рак молочной железы (11,2%), легкого (8,3%), предстательной железы (7,6%) и желудка (5,4%).

Несмотря на рост заболеваемости и преобладание в ее структуре новообразований, имеющих неблагоприятный прогноз, смертность при новообразованиях (НО) за указанный период снизилась с 211,4 до 209,2 на 100 тыс. нас., или 1,0%.

В 2016 году с целью исключения онкопатологии в различных подразделениях участковой службы осмотрено 2 176 744 пациента. С подозрением на ЗНО к онкологу

было направлено 118 212 пациентов. После дообследования вновь зарегистрировано 66 394 доброкачественных и 15 906 злокачественных новообразования, из них 2257 было выявлено активно. В том числе, при онкоосмотрах 1712, при флюорографии – 70, при маммографии – 102, в ходе цитологического скрининга – 17, PSA-скрининга – 128, диспансеризации больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями – 210, диспансеризации взрослого населения – 133. Охват онкоосмотрами от общего числа взрослого населения составил 82,3%.

Оперативная деятельность специалистов сопровождалась постоянной экспертной работой, в ходе которой проведен анализ обстоятельств выявления заболевания у 4354 запущенных больных. Всего было зарегистрировано 1263 дефекта, приведших к выявлению ЗНО в поздней стадии процесса. Из них: 1152 в поликлиниках, 57 – в стационарах общей лечебной сети, 54 – в специализированных подразделениях онкологической службы.

Проводимые противораковые мероприятия позволили в период 2012–2016 гг. улучшить показатели качества диагностики злокачественных новообразований: доля больных, выявленных в 1–2 ст., по сравнению с предыдущим годом, возросла с 57,8 до 63,2%, показатель запущенности снизился с 17,5 до 17,1%, в том числе при наружных локализациях рака – с 18,6 до 17,3%. Также отмечаются положительные тенденции в показателях одногодичной летальности (снижение с 28,4 до 23,2%) и доли пациентов, состоявших на учете 5 и более лет (рост с 50,9 до 52,0%).

Роль первичной профилактики в противораковой борьбе

Орлов А.Е., Золотарева Т.Г., Козлова О.А., Бакуцкая А.В.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Профилактика онкологических заболеваний является ведущей составляющей нашего благополучия. Как и здоровый образ жизни, понимание необходимости регулярных визитов к лечащему врачу и периодических медицинских осмотров должно стать важной частью современного мышления. Пропаганда здорового образа жизни включает в себя не только санитарно-гигиеническое просвещение на индивидуальном уровне, но и мероприятия во всех слоях общества, включая общественные организации, организованные группы населения.

С 2015 года ГБУЗ СОКОД проводится работа по заключению соглашений о сотрудничестве в сфере санитарно-просветительной работы среди населения с администрациями муниципальных районов, при этом они обязуются реализовывать мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни. Обеспечивается размещение информации на стендах, в СМИ (радио, телевидение, газеты, интернет). ГБУЗ СОКОД оказывает информационную помощь по вопросам санитарно-гигиенического просвещения среди населения региона с целью профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний.

В 2016 г. подписано соглашение между администрацией ГБУЗ СОКОД и Федерацией профсоюзов области по проведению лекций сотрудниками отделения медицинской профилактики на территории промышленных предприятий. В 2016 году сотрудники отделения прочитали лекции 50 предприятиях для 3238 человек. В эту работу включены Центры социального обслуживания населения районов г. Самары.

Воспитание здорового образа жизни в юном возрасте эффективнее, чем изменение укоренивших нездоровых привычек у взрослых людей. С 2010 года при поддержке департамента образования администрации г.о. Самара СОКОД проводит санитарно-просветительскую работу среди учащихся 9–11 классов и преподавателей муниципальных бюджетных общеобразовательных учреждений. В 2016 году врачи-методисты отделения посетили 38 образовательных учреждений. На мероприятиях 2214 учащихся и преподавателей прослушали лекции по возможным факторам риска и мерам профилактики онкологических заболеваний, основам здорового образа жизни.

Первичная профилактика является эффективным способом борьбы с раком: сегодняшний уровень знаний факторов риска позволяет утверждать, что можно предотвратить от 1/3 до 1/2 всех случаев онкологических заболеваний.

Хирургическое лечение опухолей околоушной слюнной железы

Осокин С.В., Мусин Ш.И., Смольников А.А., Вахитов М.А., Дубровская А.В.

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РБ, Уфа

Введение. Хирургическое лечение опухолевой патологии околоушной слюнной железы связано с анатомической сложностью данной области, а конкретно лицевым нервом, проходящим через железу.

Цель. Оценить функциональные результаты хирургического лечения опухолей околоушной слюнной железы при различных методиках выделения лицевого нерва – при методике выделения ветвей лицевого нерва от периферии к области ствола (по Ковтуновичу) и при выделении ветвей лицевого нерва от ствола к периферии (метод Редона).

Материалы методы. В ГБУЗ РКОД МЗ РБ в период 2015–2016 г. 52 больных перенесли хирургическое лечение по поводу опухолей околоушной слюнной желез. Возраст больных варьировал от 32 до 62 лет (средний возраст 43.6). По поводу злокачественных опухолей слюнной железы получили лечение 27 больных и доброкачественных опухолей – 25. Объемы оперативных вмешательств на ОСЖ были различны: резекция ОСЖ (N = 8), субтотальная паротидэктомия (N = 29) и тотальная паротидэктомия (N = 15). 1 группе больных (N = 30) выделение нерва проведено по Редону и 2 группе больных (N = 22) нерв был выделен по Кавтуновичу.

Результаты. Послеоперационные осложнения со стороны мимической мускулатуры были оценены при помощи шкалы Хауса-Бракмана. 1 степень (нормальная функция мимической мускулатуры) наблюдалось у 26 (86,7%) больных 1 группы (по Редону) тогда как во 2 группе (по Кавтуновичу) этот показатель составил всего у 15 (68,2%) больных. 2 степень (легкая дисфункция) отмечена у 3 (10%) больных 1 группы и у 5 (22,7%) больных 2 группы. 3 степень (умеренная дисфункция) отмечена у 1 (3,3%) больного в 1 группе и у 2 (9,1% 0 больных 2 группы. Более выраженных нарушений мимики лица отмечено не было. При осмотре больных с нарушениями мимики лица (N = 11) через 3 месяца полное восстановление функций (1 степень) после операции проведенной с сохранением нерва отмечено у 7 (63,6%) больных, легкая дисфункция сохранялась у 1 (9,1% больного, умеренная дисфункция сохранилась у 2 (18,2) больных.

Восстановление функций мимической мускулатуры отмечено у 8(72,7%) больных при разных степенях дисфункций в раннем послеоперационном периоде.

Выводы. По функциональным результатам метод выделения лицевого нерва от ствола к периферии (по Редону) имеет неоспоримое преимущество перед методом выделения нерва от периферии к стволу(по Кавтуновичу). Нарушения мимики полностью нивелировались у 72,7% больных в поздний послеоперационный период.

Сравнение эффективности использования лучевого и тонкокишечного свободных лоскутов для реконструкции дефектов гортаноглотки и шейного отдела пищевода

Остринская Т.В., Жуманкулов А.М., Анисимова А.В.

Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург

Введение. При обширных дефектах гортаноглотки и шейного отдела пищевода после хирургического лечения злокачественных опухолей, возникает потребность восстановления целостности пищепроводного пути. Пластические операции чаще проводятся отсрочено, либо одномоментно с резекцией опухоли. Одномоментная реконструкция избавляет пациента от длительного зондового питания, значительно улучшая качество жизни.

Цель. В нашей работе выполнено сравнение эффективности применения лучевого и тонкокишечного свободных лоскутов для одномоментной реконструкции дефектов гортаноглотки и шейного отдела пищевода.

Материалы и методы. В клинике в 2013–2015 гг. выполнено 7 реконструкций дефектов пищепроводного пути на шее с применением свободных лоскутов у пациентов с 4 стадией опухолевого процесса гортаноглотки (T3–4 N1-2c M0). У 4 пациентов был использован кожно-фасциальный лучевой лоскут, у 3 – висцеральный тонкокишечный лоскут.

Результаты. Осложнений, связанных с несостоятельностью микрососудистых анастомозов не было. У 2 из 4 пациентов при использовании лучевого лоскута сформировались глоточные свищи. При реконструкции тонкокишечным лоскутом только у одного пациента сформировался глоточный свищ по верхнему глоточно-кишечному анастомозу, связанный с хирургической погрешностью (потребовалась коррекция). У 2 из 4 пациентов с пластикой лучевым лоскутом в отдаленном послеоперационном периоде развились рубцовые стенозы в области нижнего кожно-пищеводного анастомоза. Для коррекции стенозов потребовались многократные бужирования, баллонные дилятации и даже стентирование пищевода в 1 наблюдении. Рубцовых стенозов при использовании тонкокишечного лоскута не наблюдали. При реконструкции лучевым и тонкокишечным лоскутами длительность зондового питания составила 18 ± 4 и 12 ± 3 дней соответственно, а средний койко-день после операции 23 ± 5 и 15 ± 3 дней. Косметический эффект при формировании висцерального трансплантата лучше, но время аноксии висцеральных лоскутов в 3–4 раза меньше, чем кожно-мышечных. В послеоперационном периоде возможны тяжелые осложнения из-за несостоятельности межкишечных анастомозов.

Выводы. Лучевой и тонкокишечный свободные лоскуты являются хорошим пластическим материалом, позволяющим выполнить оптимальную пластическую реконструкцию. Применение тонкокишечного лоскута позволило сократить количество послеоперационных осложнений и длительность нахождения пациента в стационаре.

Непосредственные результаты неоадъювантной химиолучевой терапии рака прямой кишки

Отт П.А., Волкова Д.М., Заболотская Е.Г., Комиссаров А.В., Федяева Л.М., Щербаков В.М.

Областной онкологический диспансер №2, Магнитогорск

Цель исследования – оценка результатов неоадъювантной химиолучевой терапии рака прямой кишки по таким критериям, как патоморфоз опухоли, частота полных патоморфологических ответов, частота сфинктеросохраняющих операций, а также частота послеоперационных осложнений и токсичность.

Материалы и методы. В исследование включены 2 группы больных:

1 группа – 36 больных, которым проведен предоперационный курс ДГТ в традиционном режиме фракционирования до СОД = 46–50 Гр на фоне радиомодификации фторпиримидинами в режиме Меуо на 1 и 5 неделе лечения с последующей радикальной операцией.

2 группа – 34 больных, которым проведен предоперационный курс ДГТ до СОД = 46–50 Гр без радиомодификации с последующей радикальной операцией.

В исследование включены больные раком среднеампулярного и нижнеампулярного отделов прямой кишки локализованных стадий. Патоморфоз опухоли оценивал-

ся по I.D.Miller. Токсичность оценивалась по шкале CTCAE v. 4.0.

Результаты исследования. Полный патоморфологический ответ (pCR) зарегистрирован у 5 больных 1 группы (13,8%), во 2-й группе полных ответов не было, различия между группами статистически достоверны (p = 0,025). Также, достоверные различия между группами получены при сравнении по частоте патоморфозов 3 степени: в 1 группе – 38,8%, во 2 группе – 11,7% (p = 0,009). Частота выполнения сфинктеросохраняющих операций в объеме низких и ультранизких передних резекций составила: в 1 группе – 80,5%, во 2 группе – 52,9% (p = 0,01). Не получено статистически достоверных различий между группами по частоте послеоперационных осложнений: в 1 группе – 11 (30,5%), во 2 – группе 12 (35,2%), p = 0,58. Статистически достоверные различия между группами получены по частоте нейтропений II степени: в 1 группе – 8 (22,2%), во 2 группе – 1 (2,9%), p = 0,002. По другим критериям токсичности достоверных различий между группами не выявлено.

Заключение. Таким образом, неоадъювантная химиолучевая терапия с применением фторпиримидинов в режиме Meyo приводит к достоверному увеличению частоты полных патоморфологических ответов, частоты выполнения сфинктеросохраняющих операций, не приводя при этом к увеличению частоты послеоперационных осложнений и тяжелых токсических реакций.

Ближайшие результаты хирургического лечения больных, страдающих раком билиопанкреатодуоденальной зоны

Павелец К.В., Орел В.И., Лобанов М.Ю., Флоровский Г.Н., Русанов Д.С., Федорова П.С., Костина Ю.Д., Павелец М.К., Калюжный С.А.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Существует ряд мнений, что у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих раком головки поджелудочной железы, терминального отдела холедоха и фатерова соска ввиду выраженной сопутствующей патологии и высокого риска послеоперационных осложнений следует отказываться от выполнения панкреатодуоденальной резекции (ПДР) в пользу паллиативных вмешательств, несмотря на то, что это единственный возможный метод радикального лечения.

Цель: расширить показания к хирургическому лечению рака билиопанкреатодуоденальной зоны у больных старшей возрастной группы.

Материалы и методы. В основу работы положен опыт хирургического лечения 119 больных, с карциномой периампулярной зоны за период с 2005 по 2015 г. (55 пациентов до 65 лет (1 группа) и 64 пожилого и старческого возраста (2 группа)). У всех больных второй группы наблюдалась сопутствующая патология (ИБС: Атеросклеротический кардиосклероз – 96,9%, артериальная гипертензия – 65,6%, сосудистая патология головного мозга – 59,4%, фибрилляция предсердий и другие формы аритмий – 45,3%, ХОБЛ – 28,1%, сахарный диабет 2 типа – 20,3% и др.), у больных первой группы в 18 случаях.

115 больным была произведена ППДР (54 в первой группе и 61 во второй, причем 2 пациентам второй группы дополнительно выполнена правосторонняя гемиколэктомия); 4 – ГПДР (1 в первой группе, 3 во второй). Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы выполнялась допплерэхокардиография с расчетом индекса ремоделирования левых камер сердца (ИРлк). При снижении ИРлк менее 2,79 больным проводится соответствующая фармакологическая коррекция.

Результаты. Из 119 оперированных пациентов осложнения возникли у 13 (10,9%) (7 в первой группе и 6 во второй). В обеих группах преобладали хирургические осложнения.

Справиться с возникшими осложнениями удалось у 8 больных из 13 (61,5%), 5 в первой группе и 3 во второй. Причины летальности в первой группе – 1 больной от ОССН, 1 от пневмонии (всего 2). Во второй группе двое пациентов погибло от нарастающей полиорганной недостаточности, у одного причиной смерти послужил острый инфаркт миокарда (всего 3). Общая летальность составила 4,2% (3,6%; 4,6% соответственно).

Выводы. Пожилой и старческий возраст и наличие значимой сопутствующей патологии не является абсолютным противопоказанием к выполнению радикального хирургического вмешательства при раке билиопанкреатодуоденальной зоны.

Возможности применения протокола fast-track в хирургическом лечении рака пищевода

Павелец К.В., Протченков М.А., Русанов Д.С., Павелец М.К., Соколова А.А., Дрозд У.А., Подгорная Ю.В., Медведев К.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Акутальность. Хирургическое вмешательство при раке пищевода сопряжено с тяжестью течения послеоперационного периода, длительным реабилитационным периодом. Разработаны алгоритмы диагностики и лечения послеоперационных осложнений, однако продолжительность послеоперационного периода составляет 11–26 сут (Е.А.Воклова, Л.А.Вашакмадзе, 2013 г.).

Материалы и методы. Представлен опыт лечения 296 больных с карциномой пищевода с 2000 по 2016 гг., которым была выполнена операция – резекция пищевода с пластикой желудочным трансплантатом, двухзональная лимфодиссекция. После оценки функционального статуса пациента проводилась фармакологическая коррекция сопутствующей патологии. С целью оптимизации оперативного вмешательства выполнялось стадирование опухоли с 3D-моделированием средостения и брюшной полости. Основу хирургического вмешательства составляли резекция грудного отдела пищевода, части кардиального

отдела желудка и двухуровневая лимфодиссекция. Желудочный трансплантат формировали с учетом внутриорганного межсосудистого анастомозирования основных сосудистых коллекторов желудка.

Результаты и обсуждение. Всем 296 пациентам на предоперационном этапе проводилась комплексная оценка нутритивного статуса, степени выраженности дисфагии. У 201 (68%) больного выраженность дисфагии соответствовала III и IV степени. У 224 пациентов (76%) имелся выраженный дефицит массы тела. Также 59 больным (19,9%) выполнено стадирование карциномы пищевода с использованием СКТ, ЭУС, 3D-моделирования анатомических структур средостения и брюшной полости. У 52 преобладали местно-распространенные формы рака: T4N1-16 (27,1%), T4N2-23 (38,9%), T4N3-13 (22,1%). Для выявления гемодинамических нарушений, на этапе предоперационной подготовки, в первые сутки и 10–11 сутки после операции выполняли ДЭхоКГ с подсчетом СрРДЛА и проведением соответствующей терапии. Оперативные технические приемы обеспечивали надежность и функциональность пластического этапа. Из 296 больных осложнения возникли у 30 (10,1%). Летальность составила 5,1%. Средний послеоперационный койко-день с 2010 по 2016 гг. – 8 ± 1,6 дней. Средний срок в отделении реанимации – 3 ± 0,78 дней.

Вывод. Комплексный подход на этапе подготовки к операции, интраоперационные методики формирования желудочного трансплантата, послеоперационные аспекты ведения больных позволили максимально приблизить к реализации программу ускоренного восстановления.

Профилактика цервикального рака у женщин с пролапсом гениталий

Павлов В.Н., Ящук А.Г., Казихинуров А.А., Мусин И.И., Зайнуллина Р.М., Казихинурова А.А., Имельбаева А.Г.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Одной из серьезных медицинских проблем является пролапс тазовых органов (ПТО), являющийся риском для развития онкологической патологии со стороны шейки матки.

Цель. Разработать комплекс технологичных лечебно-реабилитационных мероприятий для женщин с ПТО в сочетании с патологией шейки матки.

Материалы и методы исследования. Обследовано 28 женщин репродуктивного возраста с ПТО в сочетании с патологией шейки матки. Обследования включала: микробиологические исследования, типирование на канцерогенные типы ВПЧ, ПЦР. Всем была проведена кольпоскопия, оценены материалы цитологического исследования и гистологическое исследование. Исследования тазового дна проводилось с использованием (POP-Q), двухмерного ультразвукового и уродинамического исследования с целью выявления скрытых форм недержания мочи. Для лечения мы использовали радиохирургический аппарат “Surgitron TM” DF 120 (4 МГц).

Результаты и обсуждение. Каждая третья женщина с ПТО в сочетании с патологией шейки матки имела в среднем по 2–3 гинекологических заболевания одновременно. У 20 с ПТО и патологией шейки матки наряду установлен высокий уровень контаминации влагалища *Gardnerella vaginalis* и (3) *Candida*. Чаще всего *U. urealiticum* и *M. hominis*. У 11 пациенток установлены высокоонкогенные типы ВПЧ. При кольпоскопическом осмотре обнаружено: гипертрофия шейки матки, эктропионы (4), из них с явлениями воспаления и изъязвления (7), зоны трансформации с множеством закрытых кист (5), низкоатипические (7) и высокоатипаческие зоны трансформации (3), представленные ацетобелым эпителием, «мозаикой», ороговением открытых желёз, а так же лейкоплакией (гиперкератозом) (2). Воспалительный тип мазка описывался у 18 пациенток. Цитологические результаты отнесены к L-SIL (11), у некоторых к H-SIL (3). Заболеваний шейки матки была представлена эктропионом, (13), лейкоплакией (3), эктропион с атипической эпидермизацией (8), железисто-мышечной гипертрофией с деформацией (4), все в сочетании с хроническим цервицитом. При исследовании отмечается несовпадение результатов цитологических, кольпоскопических и гистологических методов. После контрольного обследования пациенткам проводилось хирургическое восстановление архитектоники тазового дна.

Заключение. Исследование разработанных нами лечебно-реабилитационных мероприятий у наших пациенток позволило восстановить репродуктивное здоровье и снять риски по развитию цервикального рака.

Новые возможности для купирования хронического болевого синдрома у онкологических пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи на дому

Палехов А.В., Введенская Е.С.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь;
Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Нижний Новгород

В последние несколько лет произошли существенные изменения нормативно-правовой базы, расширяющие права медицинских работников при назначении и выписывании наркотических средств и психотропных веществ (НС и ПВ). Начало изменений было положено приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов… их учета и хранения». В соответствии с приказом назначение НС и ПВ производится пациентам с выраженным болевым синдромом любого генеза, то есть основным фактором, определяющим тактику обезболивания, является не диагноз, а интенсивность боли; появи-

лась возможность отказа от проведения врачебной комиссии при назначении НС и ПВ.

С 30 июня 2015 г. вступил в силу Федеральный закон от 31.12. 2014 № 501-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон "О наркотических средствах и психотропных веществах"», который в число основных принципов государственной политики в сфере оборота НС и ПВ вносит принцип доступности НС и ПВ гражданам, которым они необходимы в медицинских целях. Право отпуска НС и ПВ предоставлено не только аптекам, но и удаленным медицинским организациям и обособленным подразделениям МО, расположенным в населенных пунктах, где нет аптек. Внесен запрет требования возврата пациентом первичных и вторичных упаковок использованных наркотических и психотропных лекарственных препаратов (пустые ампулы, флаконы, блистеры, вскрытые и использованные трансдермальные терапевтические системы).

Разрешено выписывать трансдермальные терапевтические системы, содержащих наркотические средства, на рецептурных бланках формы №148-1/у-88. Право выписки НС и ПВ пациентам, требующим постоянного обезболивания, получили не только лечащие врачи, но и иные медицинские работники. Вступивший в силу с 12 декабря 2015 г. приказ Минздрава РФ от 30.06.2015 №385н установил, что руководитель медицинской организации или другое ответственное лицо не должен заверять подписью рецепт на наркотический (психотропный) лекарственный препарат при его повторном выписывании.

Имеющаяся в настоящее время федеральная нормативно-правовая база дает возможность проводить адекватное обезболивание пациентам, страдающим выраженным хроническим болевым синдромом. Однако для проведения адекватной анальгетической терапии врач должен иметь соответствующую подготовку.

Некоторые клинико-морфологические и молекулярно-биологические параметры при аденокарциноме легкого 1–2 стадии с мутацией ALK и амплификацией гена HER2/NEU

Панасьян А.У., Авдалян А.М., Иванов А.А.

Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул;
Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул

На сегодняшний день среди немелкоклеточного рака легкого отмечается увеличение частоты аденокарциномы легкого (Ак). При Ак найдены специфические генетические изменения, определяющие назначение таргетной терапии. Такими факторами являются ген ALK, онкоген Her2, Topoisomerasella. Анализ литературы показал противоречивый характер связи изменений в генах ALK и Her2 с пролиферативной активностью (ПА) и выживаемостью больных Ак. Целью исследования явилось определение содержание белка ALK, Her2 и гена Her2, взаимосвязи с ПА и выживаемостью при аденокарциноме легкого 1–2 стадии.

Исследованы 82 операционных материала аденокарциномы легкого 1–2 стадии за 2007–2016 год. Методом ПЦР и ИГХ определяли мутированный ген ALK, белок Her2, Topollα, Ki-67, а также ген Her2 методом SISH.

При Ак положительная экспрессия ALK определена в 4 (5%) случаях. При Ак положительный Her2 статус определен в 16 (20%) случаях. Амплификация гена Her2 была выявлена в 7 (9%) случаях, полисомия по CEP17 в 13 (16%). Во всех случаях Ак с мутацией ALK отмечалось отсутствие амплификации гена Her2. При наличии мутации ALK отмечался значимо низкий ИМ Ki-67 (p = 0,02) и ИМ Topollα (p = 0,02), по сравнению с отрицательной экспрессией белка ALK (5% ± 1,2 и 3,8% ± 1,4 при ALK+ и 23,6% ± 2,2 и 15,7% ± 1,6 при ALK-). При наличии амплификации гена Her2 отмечался низкий ИМ Ki-67 и ИМ Topollα: 8,9% ± 1,4 и 5,1% ± 0,9 при амплификации Her2 и 24,2% ± 2,1 и 16,1% ± 1,7 при отсутствии амплификации Her2. Выживаемость больных Ак 1–2 стадии за 3-х, 5-ти и 9 летний период после операции составила соответственно 52,3 ± 5,6%, 38,4 ± 5,6% и 34,2 ± 5,6%. При наличии мутации ALK 3-летняя выживаемость составила 21,9% ± 10,4, а до 5-ти и 9-ти лет не дожил ни один из больных. При отсутствии мутации 3-х, 5-ти и 9-летняя выживаемость были значимо выше и составили соответственно 53,7% ± 5,8, 40,5% ± 5,8 и 36,1% ± 5,8. При наличии амплификации гена Her2 выживаемость больных Ак была значимо ниже по сравнению с случаями с отсутствием амплификации. При проведении многофакторного регрессионного анализа три параметра – наибольший размер опухоли, амплификация гена Her2 и мутация гена ALK – имели независимое негативное влияние на выживаемость больных Ак.

Особенности метастазирования увеальной меланомы

Панова И.Е.[1], Гюнтнер Е.И.[2], Власова О.С.[2]

[1]Микрохирургия глаза им. акад. С.Н.Федорова Минздрава России, Санкт-Петербург;
[2]Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Введение. Увеальная меланома (УМ) способна к метастазированию с частотой 13,3–63% (Панова И.Е. с соавт., 2010; Саакян С.В. с соавт, 2013; Стоюхина С.В. с соавт, 2015; Shields C.L. et all, 2015).

Цель. Изучить частоту, факторы риска метастазирования увеальной меланомы.

Материал и методы. В ГБУЗ ЧОКОД (2000–16 гг.) наблюдаются 261 пациент с УМ. Метастазы установлены у 54 (20,7%) пациентов. Мужчин 44,4%, женщин 55,6%. Средний возраст – 54,9 ± 12,9 лет. Органосохранное лечение проведено 60% пациентам (высота опухоли – 6,2 ± 2,7 мм, диаметр опухоли – 11,5 ± 2,2 мм), первичная энуклеация 40% (высота опухоли – 11,6 ± 2,9 мм, диаметр опухоли – 15,4 ± 4,0 мм).

Результаты. Метастазы УМ выявлены у 35,2% пациентов в возрасте 50–60 лет в сроки 1–5 лет (59,3%). 1-, 3-, 5- и 10-летний уровень метастазирования составил 3,5, 11,5, 15,7, 18,4%.

У 94,4% пациентов опухоль располагалась в хориоидее, имела куполообразную (50%) и грибовидную (35,7%) конфигурацию, пигментацию (95,6%), экссудативный компонент (81,4%), прорыв мембраны Бруха (35,7%), смешанноклеточное строение (48,5%). Наибольшая частота метастазирования была при преэкваториальной локализации (43,9%).

Частота метастазирования меланомы хориоидеи в 3-, 5- и 10-летний периоды с учетом метрической классификации (J.Shields, 1983) при средних размерах – 6,8, 10,8 и 12,2%, при больших размерах – 12,9, 17,7 и 21,8%. Срок метастазирования после органосохранного лечения – 5,0 ± 4,0 лет, после первичной энуклеации – 2,3 ± 1,8 года.

Метастазы чаще локализовались в печени (88,9%), у 46,3% имели множественный характер, при этом первичная опухоль была пигментирована (100%), с экссудативно-геморрагическим компонентом (81,8%) и больших размеров (73,9%).

Выводы. Частота метастазирования УМ – 20,7%. Максимальная частота выявления метастазов приходится на возраст пациентов 50–60 лет и первые 5 лет наблюдения. Чаще УМ метастазирует в печень (88,9%), в 46,3% метастазы множественные. Факторы риска метастазирования УМ: большие размеры, пигментация, транссудативно-геморрагический компонент, куполообразная и грибовидная конфигурация опухоли.

Новое в лечении больных раком большого дуоденального сосочка

Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Кудашкин Н.Е., Мороз Е.А., Поликарпова С.Б., Проскуряков И.С., Ястребова Е.В.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Цель исследования. Показать возможности хирургического и комбинированного методов лечения больных раком большого дуоденального сосочка (БДС).

Материалы и методы: 237 больным по поводу рака большого дуоденального сосочка проведено хирургическое и комбинированное лечение, из них 117 (49%) женщин и 120 (51%) мужчин в возрасте от 20 до 79 лет (медиана 57 лет). Оперировано пациентов с предварительным желчеотведением 175 (74%), из них на фоне желтухи (билирубин более 17 мкмоль/л) 74 (42%). Без предварительного желчеотведения – 56 пациентов, из них на фоне желтухи 21 (37,5%). Пациенты оперированы в объеме: стандартной гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР) – 222 пациента (94%), расширенной ГПДР – 8 (3%), модифицированной ГПДР – 2 (1%), привратник-сохраняющей ПДР (ППДР) – 2 (1%). Время операции составило от 120 до 800 мин (медиана 250 мин) с объемом интраоперационной кровопотери от 250 до 6500 мл (медиана 1400 мл). Выполнен пересмотр 90 гистологических препаратов, из которых кишечный гистотип опухоли выявлен у 46 (51%) пациентов, панкреато-билиарный – у 38 (42 %), и у 6 (7%) пациентов – неопределенный подтип. Комбинированное лечение с п/о химиотерапией проведено 34 (14%) пациентам.

Результаты. В послеоперационном (п/о) периоде уровень осложнений составил 124 (52%). Несостоятельность панкреатикодигестивного соустья у 45 (36%), несостоятельность билиодигестивного соустья у 20 (16%), внутрибрюшной абсцесс у 23 (18,5%). У 11 (9%) пациентов развился панкреонекроз, из них умерло в п/о периоде 9 человек. Летальность в п/о периоде составила 8,9% (21 человек), в 41,2% случаев причиной смерти стал панкреонекроз. С 2004 года уровень п/о осложнений 46% (56 чел.), летальность 5% (6 чел.), из них 3 умерли от панкреонекроза. Общая и актуриальная 1,3,5 летняя выживаемость составила 81 ± 3, 52 ± 4, 43 ± 4% соответственно (медиана 41 мес). 1,3 и 5-тилетняя выживаемость у больных после ГПДР и ГПДР+ХТ составила 79 ± 3, 51 ± 4, 42 ± 4 и 89 ± 7, 68 ± 15, 54 ± 17 соответственно ($p > 0,05$).

Выводы: 1. Хирургическое лечение больных раком БДС в объеме ГПДР может проводиться с приемлемыми показателями п/о летальности. 2. При комбинированном лечении с адъювантной химиотерапией показатели выживаемости выше, чем при хирургическом лечении. 3. Роль адъювантного лечения при том или ином гистотипе рака БДС продолжает изучаться.

Рак проксимальных желчных протоков – хирургическое и комбинированное лечение

Патютко Ю.И., Поляков А.Н., Сагайдак И.В., Котельников А.Г.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

С января 1998 по январь 2017 осуществлено 59 операций по поводу рака проксимальных желчных протоков (28 мужчин, 31 женщина), преобладали пациенты с III–IV типом опухоли по Бисмуту (83,1%, $n = 49$,), обширные резекции печени в сочетании с резекцией бифуркации желчных протоков превалировали ($n = 53$). Резекция воротной вены осуществлена 14 больным (23,7%). Эмболизация правой вены воротной вены выполнена в трех случаях. Больным с механической желтухой ($n = 54$) осуществлены желчеотводящие процедуры. Морфологическое подтверждение диагноза до операции получено 23 в случаях. Послеоперационная химиотерапия проведена 16 больным.

Результаты: R0 резекции выполнены 44 больным (74,6%), послеоперационные осложнения развились в 50 случаях (84,7%), летальность составила 10,1% ($n = 6$). Из осложнений преобладали желчеистечение (55,9%, $n = 33$) и печеночная недостаточность (49%, $n = 29$). Внутрибрюшное кровотечение диагностировано в 3 случаях (5,1%).

Общая пятилетняя выживаемость в группе благоприятного прогноза (без отдаленных метастазов, R0 резекция) составила 40,1%, медиана – 29 месяцев. Пятилетняя безрецидивная выживаемость – 25,3%, медиана времени до прогрессирования – 27 месяцев. В случае нерадикальной резекции и/или при наличии отдаленных метастазов трехлетней выживаемости нет, медиана продолжительности жизни – 15 месяцев.

В группе с послеоперационной химиотерапией трехлетняя выживаемость составила 66,7% против 31,8% в сравнении с группой без адъювантного лечения (p = 0,35).

Заключение: хирургическое лечение при опухоли Клацкина оправдано – при R0 резекции медиана продолжительности жизни достигает 29 месяцев, 5-ти летняя выживаемость составляет 40%. Для улучшения непосредственных результатов необходима предоперационная подготовка и тщательное соблюдение техники оперирования. Проведение адъювантной химиотерапии позволило улучшить отдаленные результаты лечения: уровень трехлетней общей выживаемости выше в два раза (66,7 против 31,8%, p = 0,35), но ввиду малого числа наблюдения разница статистически недостоверна. В связи с этим целесообразно дальнейшее изучение влияния дополнительных методов лечения на результаты лечения.

Хирургическое лечение внутрипеченочной холангиокарциномы – опыт ФГБУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина

Патютко Ю.И., Поляков А.Н., Котельников А.Г., Сагайдак И.В.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

с 1998 по 2016 год в хирургическом отделении опухолей печени и поджелудочной железы ФГБНУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина выполнено 112 операций по поводу внутрипеченочной холангиокарциномы. Изолированное поражение правой доли печени отмечено у 24 больных (21,4%), левой – у 30 (26,8%). У трети больных (N = 39) узел располагался центрально, еще у 19 пациентов (17%) отмечено множественное билобарное поражение печени. Механическая желтуха отмечена в 14 случаях, в связи с чем 13 больным осуществлена декомпрессия желчного дерева. Предпочтение отдаем чрескожной чреспеченочной холангиостомии. Эмболизация правой ветви воротной вены проведена 3 пациентам. Предоперационная химиотерапия осуществлена 3 пациентам. Обширные резекции печени преобладали (82,1%), в одиннадцати случаях (9,8%) осуществлена резекция бифуркации желчных протоков, в двух (1,8%) – резекция воротной вены, в трех (2,6%) – нижней полой. Регионарная лимфодиссекция выполнена 99 больным (88,4%). Адъювантная химиотерапия после R0 резекции проведена 15 больным.

Результаты: уровень послеоперационной летальности составил 3,6%. Послеоперационные осложнения отмечены у 59 больных (52,6%), преобладали желчеистечение (26,8%) и печеночная недостаточность (17,9%). Осложнение адъювантной химиотерапии III степени отмечено у одного больного (6,7%). Медиана продолжительности жизни после резекции печени составила 25 месяцев, пятилетняя выживаемость – 25,3%. При I–II стадии пятилетняя выживаемость достигла 66,7%. Отмечено достоверное улучшение результатов (p = 0,035) лечения в случае соблюдения края резекции в 1 см и более – медиана составила 37 месяцев против 18 месяцев. В группе больных с механической желтухой пятилетняя выживаемость составила 26,7%, медиана – 37 месяцев. Не отмечено какого либо влияния послеоперационной химиотерапии на продолжительность жизни – медиана в группе с дополнительным лечением составила 30 мес против 29 мес (без химиотерапии), p = 0,86.

Заключение: резекция печени остается основным методом лечения холангиоцеллюлярного рака. Поражение лимфоузлов, магистральных сосудов и внепеченочных желчных протоков не является абсолютным противопоказанием к резекции печени, но ухудшает прогноз. С целью увеличения резектабельности и снижения риска рецидива необходим поиск дополнительных методов лечения.

Положительный опыт лечения рефрактерного болевого синдрома у больной с опухолью основания черепа, симптоматической тотальной невралгией троиничного нерва с помощью медикаментозных блокад и нейролиза

Пашнина Е.А., Силаев М.А., Важенин А.В., Ворошин Д.Г.

Челябинский областной онкологический диспансер, Челябинск

Цель работы: оценить эффективность блокады и нейролиза Гайсерова узла и II ветви тройничного нерва у больной с симптоматической тотальной невралгией V пары ЧМН.

Материалы и методы. Больная 66 лет с диагнозом: образование основания черепа с ростом в правую орбиту, верхнюю челюсть, интракраниальным ростом, симптоматическая невралгия I,II,III ветвей тройничного нерва. Жалобы на постоянные распирающие боли в правом глазу, верхней челюсти, височной области по ВАШ 4 б. Приступообразны, интенсивные, нестерпимые ,простреливающие боли до 8–10 раз в сутки с нарушением сна по ВАШ до 10 б, иррадиирущие в глаз, висок, верхнюю челюсть и зубы ,в ухо, нижнюю челюсть, подбородок, появляющиеся при резких поворотах головы, жевании, открывании рта. На фоне приема медикаментозной терапии (трамадол по 300 мг в сутки, карбамазепин 800 мг 4 р. сут) болевой синдром уменьшается, но не куппируется. Учитывая рефрактерность к терапии, нарушение качества жизни решено выполнить блокаду тройничного ганлия с последующим нейролизом. Первым этапом произ-

ведена блокада и нейролиз Гайсерова узла. 1-е болевой синдром куппирован. На 2-е сутки вернулись боли давящие в глазном яблоке по ВАШ 3 б, хорошо куппируемые медикаментозной терапией (трамадол 200 мг в. сут, карбамазепин 800 мг в. сут). На 4-е сутки появилась клиника невралгии II ветви тройничного нерва. Учитывая клиническую решено провести блокаду верхнечелюстного нерва с последующим нейролизом в крылонебной ямке, но уже под КТ-контролем. Болевой синдром куппирован. Сохранялись давящие боли в глазном яблоке по ВАШ 3б, купируемые медикаментозной терапией, без нарушения ночного сна. Эффект сохранялся 10 сут. и более.

Результаты:

1. Выраженный противоболевой эффект, улучшение качество жизни больной.

2. После блокад нейропатические боли куппировались.

Выводы: медикаментозные блокады являются эффективным методом лечения при рефрактерном болевом синдроме у онкобольных, при ХБС следует использовать как один из компонентов противоболевой терапии.

Итоги работы «горячей линии» по вопросам противоболевой терапии в Алтайском крае, 2015–2016 гг.

Петрова В.Д.[1,2], Павлишинец В.М.[2], Матвейкин А.А.[2], Секержинская Е.Л.[2], Лазарев А.Ф.[1,2]

[1]Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул;
[2]Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул

Актуальность. Боль – главный симптом, требующий немедленного устранения для любых паллиативного профиля. С целью улучшения доступности и качества противоболевой терапии в мае 2015 года была организована круглосуточная работа телефона «горячей линии» по вопросам нарушения порядка назначения и выписывания обезболивающих препаратов для жителей Алтайского края.

Проведен анализ дефектов обеспечения противоболевой терапии у пациентов паллиативного профиля по данным работы телефона «горячей линии» по итогам 2015–2016 гг.

Материалы и методы. Режим работы телефона «горячей линии» – круглосуточный, дислокация – на базе КГБУЗ «АКОД». Определен порядок взаимодействия в случае обращения граждан на «горячую линию»: реакция на звонок – немедленная; после выяснения причины обращения – поручение главному организатору ЛПУ о незамедлительном обезболивании; контроль за исполнением поручения в ближайшие часы и сутки до уверенности в удовлетворенности заявителя принятыми мерами. Информации об итогах работы «горячей линии» ежемесячно передается в Министерства здравоохранения Алтайского края, ошибки широко обсуждают на краевых селекторных совещаниях с руководителями ЛПУ края. За в 2015 года и 2016 год работы «горячей линии» поступило 189 обращений от граждан Алтайского края, из них, 69 – за период 2016 года; 70,2% – обращения из районов края, 29,8% – из г. Барнаула.

Результаты. В 2016 г. количество обращений граждан уменьшилось в 2,7 раза, качественные причины дефектов уменьшилось в 4 раза, это:

1. неадекватные (не соответствующие терапии болевого синдрома с нейропатическим компонентом) схемы терапии;

2. применение монотерапии опиатами, без использования адьювантных препаратов;

3. использование инъекционных форм анальгетиков при показаниях трансдермальных систем обезболивания;

4. не использовалась таблица эквианальгетических доз при переводе пациента на опиатные анальгетики.

Выявленные нарушения были устранены, врачи обучены, пациенты и их родственники удовлетворены и благодарны за помощь. Результаты благоприятно воздействовали на психоэмоциональный статус пациентов и их родственников.

Заключение. Таким образом, итогами работы «горячей линии» по вопросам нарушения порядка назначения и выписки обезболивающих препаратов, явилось повышение доступности и улучшения качества оказания противоболевой терапии жителям Алтайского края.

Организация паллиативной медицинской помощи онкологическим больным в Республике Башкортостан

Петрова О.М., Кудряшова Л.Н., Хабибуллина З.А., Кудряшов А.А.

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РБ, Уфа

С целью оказания паллиативной помощи онкологическим больным в 1992 году приказом МЗ РБ №290 – Д от 29.06.1992 г., в составе онкологического диспансера был открыт кабинет для лечения хронических болевых синдромов. В дальнейшем приказом МЗ РБ №88 – Д от 02.03.1994 г., было создано первое в России отделение паллиативной помощи на 10 коек путем перепрофилирования колопроктологического отделения. С августа 2007 г. начала работу выездная служба (2 бригады: врачебно-сестринская и сестринская). С февраля 2012 года отделение паллиативной помощи стало самостоятельным структурным подразделением, и количество коек было увеличено до 15, с 2013 года – до 22, а с января 2014 года до 30 койко-мест.

В стационарных условиях только в 2016 году получили симптоматическое лечение, направленное на купирование хронического болевого синдрома и улучшение качества жизни 805 больных. С этой целью пациенты получали фармакотерапию – 100%, региональные блокады – 5,8%, тотальную внутривенную тиаминизацию – 11,1%, цианокобаламиновую анестезию – 1,6%. При сильной и нестерпимой боли пролангированную эпидуральная опиат-аналгезия с подкожным туннелированием катетера и установление порта под УЗИ контролем – 19,4% боль-

ных. С целью детоксикации широко использовалась инфузионная терапия, в том числе азонотерапия, плазмоферез. В отделение проводились такие манипуляции как: торакоцентез у 2,1% больных, лапароцентез у 6,0% больных, а также мероприятия по стимуляции деятельности кишечника и диуреза.

За 2016 год в кабинете противоболевой терапии было принято 5962 больных. На амбулаторном приеме больным проводился подбор схем фармакотерапии (100%), региональные блокады (5.8%), цианкобаламиновая анестезия (1,6%), торакоцентезы (2,1%), лапароцентезы (6,0%), а также инфузионная терапия. Для оказания помощи самой тяжелой категории больных, не имеющих возможности посетить врача в условиях лечебно профилактического учреждения, осуществляется выезд на дом, где и оказывается необходимая помощь. В течение 2016 года было осуществлено 1822 выездов на дом.

Таким образом, в РБ существует стройная система оказания паллиативной помощи онкологическим больным, включая стационар, поликлинику и службу оказания помощи на дому.

Низкодозная брахитерапия у больных группы умеренного риска прогрессирования рака предстательной железы

Петровский А.В., Черняев В.А., Автомонов Д.Е., Бухаркин Б.В., Шолохов В.Н., Амосова В.А.

Российский онкологический центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Цель: оценка ближайших и отдаленных онкологических результатов проведенной брахитерапии с использованием источников I-125 у пациентов группы умеренного риска прогрессирования РПЖ.

Материалы и методы. В Российском онкологическом научном центре им. Н.Н.Блохина была выполнена брахитерапия 321 больным, из которых 86 (26,8%) соответствовали критериям РПЖ умеренного риска по D'Amico. Медиана возраста составила 66 лет (от 48 до 76). Из 86 пациентов 24 (27,9%) проводилась неоадъювантная гормонотерапия сроком от 2 до 6 месяцев.

Брахитерапию I-125 осуществляли под УЗ-контролем. Суммарная очаговая доза на предстательную железу составляла 145 Гр. Доля предстательной железы, получившая 100% дозы, составила в среднем 98%. D90 на предстательную железу колебалось от 152,8 до 188,8 Гр. Медиана дозы на уретру (D1) составила 206,8 Гр, D10 – 195,3 Гр; Медиана дозы на прямую кишку D1 – 173, 4 Гр, D10 – 149,5 Гр.

Результаты. Интраоперационных осложнений не было. Уретрит 1–3 степени в течение 1 месяца после операции развился у 69,3% пациентов, к 6-месячному сроку наблюдения симптомы дизурии оставались у 13,3% больного. Выполненная через 1 месяц после имплантации дозиметрия показала удовлетворительное дозное распределение у всех больных.

К моменту начала лечения уровень общего ПСА колебался в пределах от 10 до 20 нг/мл у 50 (58,1%), у 36 (41,9%) больных ≤10 нг/мл. Через три месяца после окончания лечения уровень общего ПСА в 97% случаев не превышал 4 нг/мл; через девять и двенадцать месяцев у большинства пациентов ПСА был не выше 1 нг/мл.

До проведенного лечения количество баллов по шкале IPSS составило 0–7 баллов – n = 43, 8–19 баллов – n = 27, 20–35 баллов – n = 16. Через 12 месяцев 0–7 баллов зарегистрировано у 74% пациентов.

Оценка отдаленных результатов лечения показала, что при медиане послеоперационного наблюдения 65 месяцев общая выживаемость составила 95,2%, без биохимического рецидива живы 90,5% пациентов, без клинического рецидива 92,9%, опухоль-специфическая выживаемость 100%.

При выполнении данного исследования были выявлены факторы, не влияющие на выживаемость: возраст, D90 на предстательную железу, V100 предстательной железы, предоперационная антиандрогенная терапия.

Заключение. Таким образом, при выполнении брахитерапии постоянными источниками I-125 у больных умеренной группы риска получены очень хорошие функциональные и онкологические результаты.

Организационные и образовательные аспекты качественной терапии хронического болевого синдрома на примере Томской области

Пикалова Л.В., Кудяков Л.А., Загромова Т.А.

Томский областной онкологический диспансер, Томск

На современном этапе в РФ проведены мероприятия по повышению доступности наркотических препаратов (далее – НЛП) лицам, с хроническим болевым синдромом (далее – ХБС). Расширившийся арсенал неинъекционных форм НЛП и послабление нормативной базы создали предпосылки и повысили возможности для обезболивания при ХБС. При налаживании системы противоболевой помощи стала очевидна не готовность врачей к более широкому использованию НЛП при ХБС. Причина этого– незнание основ диагностики и лечения ХБС, низкая информированность в нормативно-правовой базе, по обороту НЛП. Для повышения доступности создана 3-уровневая система обезболивания, сформирована адекватная заявка на НЛП, преимущественно неинъекционные. Бесперебойное наличие в аптеках неинъекционных НЛП и «мягкость» законодательства не решат «болевой» вопрос, поэтому упор в повышении доступности анальгезии ХБС сделан на обучении мед. персонала поликлиник и больниц. Онкодиспансер совместно с кафедрой общей врачебной практики и поликлинической терапии СибГМУ разработали шестичасовую программу первичного образовательного семинара «Лечение хронического болевого синдрома», которая интегрирована в систему непрерывного медицинского образования по вопросам лечения ХБС. За 2 года обучено более 1000 врачей и среднего

медицинского персонала. В развитие данной программы разработаны и утверждены критерии качественной терапии ХБС. На постоянной основе проводятся образовательные сессии, совмещенные с аудитом качества терапии ХБС медицинской организации, для чего используются кейс-технологии с разбором реальных случаев. Законодательство предполагает обеспечение анальгезии пациенту на протяжении 24 часов, поэтому большая образовательная работа проведена с персоналом станций и отделений скорой медицинской помощи, которые по своей сути выполняют функцию паллиативных выездных бригад, что является альтернативным вариантом в случае отсутствия бюджетного финансирования на данный вид помощи. Учитывая факт удаленности и труднодоступности районных больниц для обучения и консультирования пациентов широко используется телемедицина. Индивидуальное обучение по обезболиванию проводится с больными и их родственниками. Проведенные мероприятия способствовали увеличению числа больных, получавших НЛП, удовлетворительной выборке НЛП из аптек, снижению числа уничтоженных НЛП, как не подлежащих дальнейшему применению.

Ранняя диагностика злокачественных новообразований наружных локализаций жителей территорий с малой плотностью населения

Пикалова Л.В., Лазарев А.Ф., Кудяков Л.А.

Томский областной онкологический диспансер, Томск; Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул

В диагностике рака по-прежнему актуальным остается вопрос раннего выявления злокачественных новообразований (далее – ЗНО) наружных локализаций. При раках полости рта, прямой кишки, шейки матки, молочной железы, щитовидной железы, меланоме кожи запущенность на уровне 60,3, 46,8, 34,6, 30,0, 23,8 и 21,3% соответственно. Наихудшие показатели запущенности и одногодичной летальности у наблюдаются у сельского населения Томской области. Считается, что ранняя диагностика ЗНО наружных локализаций не сложна, но парадоксальность ситуации состоит в нерациональности применения имеющихся возможностей в выявлении таких ЗНО. В 80% случаев дефекты организации противораковых мероприятий являются основной причиной их позднего выявления: низкий охват целевой группы, подлежащей скринингу, не соблюдение методологии профилактических осмотров, отсутствие должного контроля за профилактическим мероприятиями со стороны администрации ЛПУ и недостаточная информированность населения по вопросам профилактики рака. За последние 5 лет в работе онкологической службы Томской области произошли значительные перемены: число смотровых кабинетов увеличилось на 240,0%, при этом в 33,8% из них ведется осмотр мужчин, 260 ФАП переведены в режим работы центров противораковой борьбы, что увеличило на 267,0% число прошедших скрининг рака наружных локализаций, в т.ч. у сельских жителей на 167,0%. Приобретено 7 маммографов, в т.ч. 1 мобильный, маммограмы описываются по системе BIRADS. Охват маммографическими исследованиями возрос на 186,1%, в т.ч. у селян на 289,7%. Увеличение в 2,5 раза врачей-методистов орг-методотдела онкодиспансера повысило качество и охват методической работой: все ФАП и смотровые кабинеты подготовлены на циклах ТУ по раннему выявлению ЗНО, разработаны алгоритмы и стандартизован их функционал. Внедрены выездные формы работы («плавучая поликлиника», передвижной маммограф), онкостоматологический скрининг, организована система 3-уровневой цитологической диагностики рака шейки матки, используется телемедицина, формируется база данных скрининговых исследований на онкопатологию. В результате улучшились показатели, характеризующие доступность специализированной профилактической помощи: повысились активная и ранняя выявляемость ЗНО наружных локализаций, снизились запущенность, одногодичная летальность и смертность от ЗНО.

Возможности стереотаксической лучевой терапии в лечение менингиом головного мозга

Пименова М.М., Важенин И.А., Мозерова Е.Я., Ложков А.А., Пелевина А.П., Чибук Д.В.

Челябинский окружной онкологический диспансер, Челябинск

Введение. Менингиомы – одни из наиболее часто диагностируемых первичных опухолей головного мозга.

Цель исследования: установление роли стереотаксической лучевой терапии (СЛТ) в лечении менингиом головного мозга среди возможных вариантов лучевой терапии.

Материалы и методы. В данное исследование вошли 60 пациентов с менигиомами головного мозга, которым проведена лучевая терапия на базе ЧОКОД в период с 2006 по 2016 гг. Средний возраст пациентов составил 57 лет, соотношение мужчин и женщин 1:3. Согласно морфологическом заключению 65% (39 человек) – были отнесены в группу доброкачественных (G1) менингиом и 35% (21 человек) – злокачественных (G2-3)менингиом. В 67% лучевая терапия была проведена после хирургической резекции (у 19 человек – наличие остаточной опухоли в 21 случае диагностирован рецидив опухоли), 20 пациентам (33%) с учетом отказа нейрохирургами в проведении хирургического вмешательства, была применена стереотаксическая лучевая терапия, как альтернатива хирургической операции. Лучевая терапия проводилась с использованием различных методик: так дистанционная ЛТ в традиционном режиме фракционирования до суммарной очаговой дозы 54–56 Гр, использована в 55% случаев (33 человек), стереотаксическая радиохирургия проведена у 27 пациентов (45%) на аппарате « Cyber Knife» с подведением суммарной дозы 20 до 36 Гр за 1–3 сеанса.

Результаты. Средняя продолжительность наблюдения составила 55 месяцев (от 4 до 108 месяцев). Показатели 3-х и 5-летней выживаемости составили 70% и 60% соответственно. Рецидив после проведенной ЛТ отмечен у 7 пациентов, из группы дистанционной ЛТ, среди пациентов с применением методики стереотаксического облучения рецидив выявлен у 2 человек. Данным пациентам в 2 случаях проведено хирургическое лечение, 5 пациентам применено повторное стереотаксическое облучение. Все пациенты в настоящее время живы без признаков дальнейшего прогрессирования. В рамках нашего исследования, был выполнен контрольный МРТ анализ: в 56% случаев (15 человек) отмечалось уменьшение объема опухоли, у 10 пациентов (37%), стабилизация опухолевого процесса, увеличение размеров опухолевого очага наблюдалось лишь у 2 больных (7%).

Заключение. Применение стереотаксической лучевой терапии является безопасным и эффективным методом.

Злокачественные новообразования языка, хирургический метод лечения, выбор реконструктивного материала, золотое правило

Письменный В.И., Архипов В.Д., Байриков И.М., Письменный И.В.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Введение. Из всех анатомических образований орофарингеальной зоны язык чаще всего поражается злокачественной опухолью. При лечении больных со злокачественными опухолями языка в комплексе противоопухолевой терапии требуется применения хирургического метода. Необходима разработка качественной, надежной и максимально простой операции при раке языка в различных объемах на органе, сохраняя высокую онкологическую надежность и функциональность.

Материалы и методы. В хирургии полости рта и языка нет единого мнения при выборе реконструкции. С целью восстановления дефектов языка применяется кожный лоскут на мышцах ниже подъязычной кости. Проведен анализ дефектов языка, и возможности примененного островкового кожного лоскута на мышцах ниже подъязычной кости. Способ реконструкции дефектов языка после иссечения злокачественных опухолей использовался у 279 больных.

Результаты и их обсуждение. У всех больных, которым применена предлагаемая методика с пластикой дефекта языка кожным лоскутом на мышцах передней поверхности шеи ниже подъязычной кости получен хороший онкологический, функциональный, косметический результаты. Восстановление формы и объема языка проходило сразу после иссечения опухоли. Прием пищи через рот восстанавливался на 14–18-е сутки, дыхание через естественные пути через две недели после операции, удовлетворительная речевая функция на 10 сутки и более поздние сроки в зависимости от индивидуальных особенностей пациента. Использование предлагаемого реконструктивного материала исключает наложения трахеостомы при половинной резекции органа.

Выводы. Кожный лоскут на передних мышцах шеи дает адекватный и качественный пластический материала для восстановления дефекта языка после удаления злокачественной опухоли при половинной и тотальной резекции органа, тем самым обеспечивает максимально короткий период реабилитации, восстанавливает функцию языка и полости рта. Технология проводимых реконструкций высоко эффективна, проста в исполнении, не требует высокотехнологического оборудования, легко воспроизводимая. Метод реконструкции языка и полости рта с применением кожного лоскута на передней поверхности шеи, золотое правило при хирургическом лечении рака языка.

Роль реабилитолога логопеда в структуре лечебного процесса при лечении рака полости рта и языка

Письменный В.И., Байриков И.М., Архипов В.Д., Кулакова Н.М., Письменный И.В.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Введение. В Российской Федерации более чем у 7 тысяч пациентов диагностируется рак полости рта и у каждого второго опухоль локализуется на языке. Язык – сложная анатомическая структура, обеспечивающая человеку прием пищи, речь и дыхание.

Материалы и методы. Комплекс речеобразующих мероприятий и восстановление процесса прима пищи разработанный авторами применен более чем у шести ста пациентов со злокачественными опухолями полости рта и языка. Дифференцированный подход к восстановлению речевой функции у пациентов после хирургического лечения рака языка, включает в себя проведение фонопедической работы, дыхательной и артикуляционной гимнастики, темпо-ритмической организации речи. Работа проводится с учетом сохраненный условно-рефлекторных связей и нарушенных кинестетических ощущений; а также подавленного психоэмоционального состояния пациентов. Так как происходит формирование новых условно-рефлекторных связей речи, необходимо время для их закрепления. Преодоление голосового нарушения в структуре общего речевого расстройства, является мощным стимулятором для дальнейшей работы и уверенности пациента в успешном ее завершении.

Результаты и их обсуждения. Были определены две группы пациентов: после экстирпации языка с реконструктивным этапом и без пластики. В группе пациентов с реконструктивным этапом восстановлен акт прима пищи без подбора консистенции, восстановлена речь, смыслоразличимыми являются практически все согласные русского языка, у пациентов без пластики грубо нарушено звукопроизношение, что затрудняет понимание его собеседником.

Заключение. В результате использования реконструктивных операций быстро восстанавливается самостоятельное дыхание, прием пищи без подбора консистенции, речевая функция. Для получения наилучшего положительного результата необходимо: восстановление психологического состояния пациентов; начало коррекционной работы сразу после операции, сотрудничество с семьей для поддержания и адаптации больного в обществе. Соблюдение этих условий работы улучшает психологическое состояние пациентов, они свободно включаются в общение с окружающими, а значит, улучшается качество жизни, возможность вернуться в общество и в семью.

Злокачественные опухоли полости рта хирургическое лечение, реабилитация, качество жизни

Письменный В.И., Кривощеков Е.П., Архипов В.Д., Письменный И.В., Чемидронов С.Н., Письменный Ил.В.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Введение. Основной принцип современной онкологии это неотложное устранение дефектов, образовавшихся после удаления опухолей. Сегодня хирургия характеризуется отсутствием такой проблемы как удаление опухоли и на первый план выходит максимально полное восстановление анатомии и функции резецированного органа. В силу сложных анатомо-физиологических особенностей орофарингеальной зоны при образовании дефекта тканей необходимо введение пластического материала извне. В сложной анатомической локализации, даже минимально нарушив объем и форму структур, без их восстановления или максимальной минимизации потери органа за счет реконструкции, только тогда, можно говорить о комплексной реабилитации и качестве жизни пациентов.

Материалы и методы. Проведена многофакторная оценка традиционно используемых реконструктивных материалов для ликвидации образовавшихся дефектов в орофарингеальной области после лечения злокачественных опухолей. Были выявлены наиболее предпочтительные современные реконструктивные методики. Мы отдали предпочтение для закрытия дефектов дна полости рта кожному лоскуту на мышцах шеи расположенных ниже подъязычной кости метод применен у 41 пациента с опухолями дна полости рта

Результаты. Функциональные результаты при использовании кожно-мышечного лоскута на передних мышцах шеи наиболее предпочтительны других видов пластики. Особенно хочется отметить высокий косметический и функциональный результаты.

Выводы. Анализ сложных анатомо-топографических особенностей полости рта и ротоглотки привел к необходимости восстановить форму и объем утраченных структур. Реконструкция органов полости рта с вмешательством на нижней челюсти создает благоприятные условия для медицинской, трудовой, социальной реабилитации сложной группы больных с опухолями орофарингиальной зоны, позволяет провести противоопухолевое лечение и вернуть больного в общество с высоким качеством жизни. Выбор за реконструктивным материалом и его применение остается за специалистом, который берет на себя полную ответственность за результат выполненной манипуляции.

Кожный лоскут на передних мышцах шеи его возможности в реконструкции трахеи и пищевода

Письменный В.И., Пушкин С.Ю., Галкин Р.А., Белоконев В.И., Письменный И.В., Айрапетова М.П.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Введение. Возможности анастезиологического пособия, медикаментозного лечения открывают неограниченные возможности операций на органах головы и шеи, трахеи и торакальной хирургии. Резекция опухоли на трахее, гортани, глотке и пищеводе на сегодня не представляется без восстановительного этапа, задачи которого это реконструкция формы и объема резецированного органа. Широко за последнее десятилетие применяется свободная пластика с использованием микрохирургической техники. Третье тысячелетие, а в хирургической практике горизонты применения местных лоскутов открываются вновь и вновь. Ограниченное использование имеют многочасовые микрохирургические операции, наличие сопутствующей патологии и сложность анатомической локализации требующей оперативного вмешательства, ведут к поиску и разработке новых операций.

Материалы и методы. Островковый кожный лоскут на передней поверхности шеи на мышцах расположенных ниже подъязычной кости использовался для одномоментной реконструкции трахеи при злокачественной опухоли и ликвидации гастрофарингеального стеноза и свища после резекции пищевода.

Результаты и их обсуждения. Выбор метода одномоментной реконструкции на трахее и пищеводе с применением кожного трансплантата на мышцах ниже подъязычной кости для восстановления полых органов шеи прост в техническом исполнении, минимизирован травмой окружающих тканей, надежен как материал, используемый в восстановлении резецируемых тканей. Результаты проведенных операций убедительны в их конечном результате.

Заключение. Простота и доступность предлагаемого метода реконструкции органов шеи, надежность и легкость исполнения оперативного вмешательства, минимальная травма реципиентной и донорской зон, дает право выбора в пользу предлагаемой методики. Первичное заживление и решение столь сложных клинических задач, которые стояли при лечении рецидивной

злокачественной опухоли трахеи и стеноза глоточно-пищеводного анастомоза осложненного медистенитом и свищем говорит за успех выбранного плана и методики. Ликвидация столь грозных осложнений для пациентов позволила им вернуться в общество, семью на работу с высоким качеством жизни, отсутствием инвалидизации.

Динамика изменения уровня онкомаркёра СА 15.3 в процессе неоадъювантной химиотерапии у больных раком молочной железы

Плохов В.Н., Андреяшкина И.И., Вертянкин С.В., Конопацкова О.М.

Областной онкологический диспансер №2, Саратов

Рак молочной железы (РМЖ) в течение последних 10 лет, занимает первое место среди злокачественных заболеваний женщин в РФ. Несмотря на совершенствование методов диагностики данной патологии, более 50% первичных больных ежегодно обращаются к онкологу в III и IV стадии болезни.

Задача исследования: оценка эффективности НХТ у больных местнораспространенным раком молочной железы (МР РМЖ) с помощью онкомаркёра СА 15.3.

Материалы и методы. У 62 больных МР РМЖ- T2N2M0, T3N1M0, T3N2M0 стадией болезни, на этапе НХТ для оценки клинического эффекта от проводимой терапии, проводилось исследование крови на онкомаркёр СА 15.3; до взятия core-биопсии из опухоли молочной железы, после 2 курсов НХТ и после 4 курсов НХТ. Больные в НХТ получали режим FAC в стандартной дозировке.

Результаты исследования. У всех 62 больных МР РМЖ до взятия биопсии имело место повышение онкомаркёра СА15.3 до 32,3 ± 3,4 ЕД/мл. У 29 больных после 2 курсов полихимиотерапии (ПХТ) по данным сонографии отмечался клинический регресс опухоли на 50% параллельно с достижением уровня онкомаркёра СА15.3 до крайне границы нормы 27,6 ± 1,4 ЕД/мл, у остальных 33 больных зарегистрирован регресс опухоли менее 50%, на ряду с повышенным уровнем онкомаркёра СА15.3, но в динамике меньше исходного. У 3 больных после 4 курсов НХТ отмечен уровень СА15.3 выше нормы с отсутствием регресса опухоли более 50%, больные были переведены на другой режим ПХТ. У 59 больных, после 4 курсов НХТ, удалось достигнуть оперативного этапа лечения, наряду с нормализацией уровня онкомаркёра СА15.3. При изучении лечебного патоморфоза в опухоли по данным операционного материала, по классификации Г.А. Лавниковой (1976), в 5 случаях достигнута IV степень, в 19 – III степень, в 30 – II степень и в 5 случаях – I степень.

Выводы. У больных МР РМЖ на этапе НХТ, динамический контроль уровня онкомаркёра СА 15.3 вместе с сонографией и физикальным обследованием, позволяет качественно ценить регресс в опухоли и раньше изменить тактику лечения, при отсутствии должного ответа на проводимую терапию.

Результаты хирургического лечения пациентов с «поздними» метастазами рака почки в поджелудочной железе

Подлужный Д.В., Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Проскуряков И.С., Ястребова Е.В.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Среди больных диссеминированным почечноклеточным раком есть редкая группа пациентов, у которых метастазы (МТС) в поджелудочной железе (ПЖ) диагностируются спустя многие годы после удаления первичной опухоли.

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с «поздними» МТС рака почки (РП) в ПЖ.

Материалы и методы. В ретроспективный анализ включены 24 пациента с МТС светлоклеточного РП в ПЖ, прошедших хирургическое лечение в РОНЦ им. Н.Н. Блохина за период с 2000 по 2016 гг. Средний возраст 60,5 ± 5,6 лет (от 49 до 69 лет). Соотношение полов 1 : 1. МТС в ПЖ, преимущественно солитарные, диагностированы в сроки от 4 до 19 лет после удаления первичной опухоли, медиана времени составила 11,5 лет (межквартильный интервал 7,8 – 13,3). Множественные и единичные (2–3) МТС в ПЖ выявленные в 8 наблюдениях, локализовались преимущественно в теле и хвосте ПЖ. Характер хирургического вмешательства на ПЖ представлен следующими операциями: дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы (ДСРПЖ) – 14, спленосохранная ДСРПЖ – 1, резекция хвоста ПЖ – 1, стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) – 4, пилоросохраняющая ПДР – 1, панкреатэктомия – 1, центральная резекция ПЖ – 1, ГПДР с телосохранной дистальной резекцией ПЖ – 1, экстирпация головки ПЖ спустя 6 лет после ДСРПЖ – 1. Симультантные операции: левосторонняя кавальная лобэктомия, радиочастотная термоабляция метастаза в печени, резекция почки, адреналэктомия. После R0-вмешательства, выполненного в 23 случаях и подтвержденного негативными краями резекции, адъювантная терапия не проводилась.

Результаты. Один пациент скончался спустя 6 мес. после ДСРПЖ от иного заболевания, в отягощенное течение которого существенный вклад внесло оперативное вмешательство. Прогрессирование отмечено в трех наблюдениях, на фоне комбинированного лечения все пациенты живы. Остальные живы без прогрессирования. Медиана времени наблюдения 6 лет. 5-летняя общая выживаемость, посчитанная прямым методом, составила 93%. Четверо пережили 10-летний рубеж. Максимальный срок наблюдения – 14 лет.

Выводы. Хирургический метод позволяет достичь многолетней общей и безрецидивной выживаемости пациентов с «поздними» МТС РП в ПЖ.

Роль ксенонтерапии и плазмафереза в коррекции гормонального статуса после хирургической кастрации у больных раком шейки матки

Попова Н.Н., Шихлярова А.И., Франциянц Е.М., Моисеенко Т.И., Меньшенина А.П., Ушакова Н.Д.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Обследованы 40 больных, перенесших расширенную пангистерэктомию по поводу рака шейки матки, с признаками развившегося посткастрационного синдрома в раннем послеоперационном периоде. Средний возраст больных составил 41,5 ± 2,3 лет. 20 больных получали ингаляции терапевтических доз медицинского ксенона марки «КсеМед». 20 больным проведен лечебный плазмаферез (ПА) аппаратом MCS + «Гемонетикс». Через неделю после операции в крови больных уровень эстрадиола был снижен в 2,1 раза, прогестерона – в 6,7 раза. Отмечено увеличенное содержание в крови тестостерона практически в 3 раза, лютеинизирующего гормона (ЛГ) – в 2,4 раза, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) – в 5,9 раза, а также пролактина – на 43,3% и кортизола – на 34,1%. Через 3 дня после проведения ПА не отмечено существенных изменений в уровне эстрадиола на фоне наблюдаемой тенденции к росту уровня гонадотропинов. Содержание тестостерона после ПА снизилось относительно показателя после операции в 1,5 раза ($p < 0,05$), в 1,6 раз снизился уровень кортизола ($p < 0,05$). Через 3 дня после окончания ксенонтерапии уровень эстрадиола в крови больных возрос на 57,1% ($p < 0,05$) относительно показателя непосредственно после операции на фоне снижения содержания ЛГ и ФСГ в 2,1 и 1,5 раза соответственно ($p < 0,05$). В этот срок исследования обнаружено достоверное падение уровня тестостерона в 2,1 раза, кортизола – в 2,3 раза и пролактина – в 1,3 раза ($p < 0,05$). Для уточнения механизмов влияния этого инертного газа на системный уровень гормонов нами было изучено влияние ксенона на здоровых женщин. Так, уровень эстрадиола в крови здоровых женщин повышался в 2,2 раза, прогестерона – на 51,9% ($p < 0,05$). При этом регистрировали снижение содержания тестостерона на 20,8%, пролактина – на 17,8% и кортизола – на 43,4%, что подтверждает регуляторное влияние ксенона.

Выводы. Т.о., ксенонтерапия обладает выраженным гормонмодулирующим действием и является патогенетически обоснованной формой лечения острых симптомов посткастрационного синдрома. Выполнение плазмафереза в данном аспекте более предпочтительно у больных с сопутствующим метаболическим синдромом.

Результаты лапароскопических операций в онкоабдоминальном отделении ЧОКОД

Привалов А.В., Файзрахманов А.Б., Антонов А.А., Семикопов К.В.

Челябинский областной онкологический диспансер, Челябинск

Актуальность. В настоящее время в абдоминальной онкологии большое внимание уделяется уменьшению операционной травмы путем внедрения различных малоинвазивных хирургических технологий, не нарушающих онкологическую адекватность вмешательств. Многоцентровые исследования демонстрируют эффективность лапароскопических вмешательств сопоставимую с традиционной «открытой» хирургией.

Материалы и методы. В онкоабдоминальном отделении ГБУЗ ЧОКОД с ноября 2013 года по август 2016 года выполнены 72 лечебные лапароскопические операции. Из них – 64 по поводу колоректального рака, 6 клиновидных резекций по поводу GIST – опухолей желудка и в 2 случаях удалены внеорганные опухоли брюшной полости. Проанализированы пациенты, оперированные по поводу колоректального рака. В 1 случае операция носила обструктивный характер, в 2 случаях сформированы разгрузочные колостомы. Сочетанных операций выполнено – 2, комбинированных – 1. Возраст пациентов варьировал от 35 до 70 лет. Мужчин среди них – 38%, женщин – 62%. 27 больных были оперированы по поводу рака III стадии, 22 – II стадии, 12 – I стадии, 3 – IV стадии. По классификации TNM чаще встречена стадия T3N0M0 – в 22 случаях. Структура операций: передняя резекция прямой кишки – 16, резекция сигмовидной кишки – 20, левосторонняя гемиколэктомия – 11, резекция поперечной ободочной кишки – 2, правосторонняя гемиколэктомия – 15.

Результаты. Конверсия выполнена в 16 случаях (22,5%), что связано с этапом освоения методики. Осложнения оперативного вмешательства зафиксированы у 7 пациентов (9,8%), что сопоставимо с результатами открытых операций. Послеоперационный период характеризовался ранним восстановлением функций и активизацией больных. Уже на 3–4-е сутки обезболивающие препараты не требовались. Восстановление нормальной перистальтики отмечено через 2–3 дня. Рецидивов заболевания не было. Прогрессирование опухолевого процесса отмечено у 3 пациентов (с III и IV стадией) в сроки от 6 до 29 месяцев.

Заключение. Лапароскопическая хирургия позволяет снизить травматичность доступа, уменьшает болевой синдром, ускоряет реабилитацию пациентов, не увеличивая при этом частоты послеоперационных осложнений и не ухудшая отдаленные результаты.

Редкая локализация ГКО у детей

Привалова Л.П., Исаев К.Р., Широков М.В., Богданова Л.М.

Нижегородская областная детская клиническая больница, Нижний Новгород

Герминогенные опухоли (ГКО) – группа доброкачественных и злокачественных заболеваний репродуктивной системы (гонадные) и других органов и тканей в результате внутриутробной эктопии зародышевых клеток (экстрагонадные). ГКО составляют 3–5% злокачественных опухолей у детей. Среди экстрагонадных преобладают локализации крестцовокопчиковые (81%), забрюшинные (9,1%) и средостения (3,5%). Эти опухоли имеют важные диагностические и прогностические маркеры: альфафетопротеин (АФП) и хорионический гонадотропин (ХГ). При рождении показатели АФП высокие, к 12 месяцам стремительно падают с 134 736 до 5,0 нг\мл. Но есть несекретирующие варианты: незрелая тератома и дисгерминома. Важность изучения ГКО выражается ростом заболеваемости, поздней диагностикой, многообразием морфологических форм, агрессивным течением.

Мы приводим клинические примеры редких опухолей средостения: 1. Ульяна (07.03.15г.р.) на сроке 29 нед. беременности по УЗО подозрение на опухоль сердца. ЭХО-КГ и МСКТ после рождения: поликистозное образование правых отделов сердца. АФП-норма. Наблюдение онколога и кардиохирурга. МСКТ в динамике многокамерное кистозное образование, больше данных за лимфангиому. АФП постоянно в норме. 11.03.16 рост и уплотнение опухоли, подъем АФП 3797 (норма до 13) операция в кардиоцентре: резекция опухоли средостения с пластикой восходящей аорты заплатой из ксеноперикарда в условиях АИК. Гистология: ГКО опухоль желточного мешка Ki67 экспрессируется в 30–60% клеток. Получила 5 PEI. В настоящее время лечение закончила. 12.10.16-АФП 9,9. Ремиссия. 2. Виктория (13.05.13) родилась путем кесарева сечения на 37 нед. Вес 2444. Развивалась по возрасту. В 2 г 1 мес перенесла ОРВИ с осложнением (миокардит) По УЗО и МСКТ случайно выявлено образование вилочковой железы. ЛДГ, АФП-норма. МРТ-образование вилочкой железы, занимающее всю центральную часть грудной клетки неоднородной структуры, вторичная кардиопатия. Выполнена операция продольная стернотомия, удаление опухоли. Гистология ГКО (опухоль желточного мешка) Ki67 экспрессируется в 30% клеток. Получила 2 PEI Лечение закончено 28.11.15. Ремиссия. Актуальность данных демонстраций – сложность диагностики и оперативного лечения.

Эстетико-функциональная оценка результатов реконструктивной маммопластики

Пржедецкий Ю.В., Максимова Н.А., Борлаков А.В., Пржедецкая В.Ю.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Введение. Форма и консистенция реконструированных молочных желез зачастую отличаются от контрлатеральных.

Цель: эстетико-функциональная оценка результатов реконструктивной ауто- и алломаммопластики.

Материал и методы. 18 больных раком молочной железы I – IIb ст., подвергнутых кожесохраняющей мастэктомии с реконструкцией торакодорзальным лоскутом, предварительно подвергнутым липофиллингу (основная группа). 36 сопоставимых женщин, у которых использовали силиконовый имплантат (контроль). Эстетико-функциональную оценку результатов проводили при помощи программы BCCT.core 3.0 в положении стоя, при наклоне вперед и лежа на спине. Консистенцию (эластичность) желез изучали при помощи эластографии сдвиговой волны на ультразвуковом томографе «Supersonic imagine AIXPLORER multi Wave».

Результаты. В основной группе нами были получены превосходные (9) и хорошие (9) результаты. Форма и объем восстановленных желез оказались близки к контрлатеральным. В 5 случаях (27,7%) удалось получить симметричные молочные железы. Причем симметрия была не только визуальной, но и тактильной. Важной особенностью метода считаем достижение содружественной (симметричной) подвижности молочных желез при изменении положения тела в пространстве. В вертикальном положении пациентки обеих групп показали сопоставимые результаты, с небольшим превалированием контрольной группы. Но при горизонтальных положениях (наклон вперед и лежа на спине) результаты основной группы выглядели гораздо убедительнее.

Сравнительная эластография молочных желез показала, что в основной группе показатели эластичности реконструированной железы колебались от 6 до 14 кПА (среднее – 9,9 ± 2,3), тогда как у здоровых желез – от 9 до 17 кПА (13,4 ± 2,7), p = 0,0856 . Различия в показателях эластичности обеих желез были не принципиальными.

Заключение. Как алло-, так и аутопластические операции позволяют достичь высокого уровня симметрии молочных желез. Функциональные показатели свидетельствуют в пользу реконструкции органа собственными тканями. Аутопластические способы восстановления позволяют получить мягкую, подвижную, тактильно естественную железу, что подтверждено данными соноэластографии сдвиговой волны.

Комплексная реабилитация женщин после радикальной абдоминальной трахелэктомии

Прокопьева Т.А., Напольских В.М., Горбунова Е.Е.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск
Республиканский клинический онкологический диспансер им. С.Г.Примушко МЗ УР, Ижевск

Осложнения после радикальной абдоминальной трахелэктомии определяются качеством отбора и подготовки больных, объемом выполненного хирургического вмешательства и носят посттравматический характер.

Цель исследования: разработка комплекса реабилитационных мероприятий после радикальной абдоминальной трахелэктомии.

Материал и методы. В Республиканском клиническом онкологическом диспансере радикальная абдоминальная трахелэктомия выполнена 42 больным цервикальным раком IA2-IB2 стадий (2009–2015 гг.). Средний возраст пациенток составил 35,18 ± 0,82 лет. В 92,86% случаев диагностирован плоскоклеточный рак, в 7,14% – аденокарцинома. В 4 (9,52%) случаях размер опухоли превышал 2 см. Менструальная функция сохранена у 40 (95,24%) пациенток. Репродуктивные перспективы рассматривали 2 женщины.

Результаты исследования. Отсроченными осложнениями, требующими длительной коррекции, явились дисфункция мочевого пузыря и кишечника (85,71%), обусловленные травмой системы иннервации во время параметральной и паравагинальной диссекций. Атония мочевого пузыря встретилась в 64,29% случаев, частично купировалась длительной катетеризацией мочевого пузыря (12–15 дней), позднее присоединилось недержание мочи (14,29%). В каждом 2 случае отмечена инфекция мочевыводящих путей. Нарушение менструальной функции в виде аномальных кровотечений отмечено у 8 (19,05%) пациенток, в половине случаев при гистероскопии диагностирован хронический эндометрит. 54,76% пришлось на бессимптомные кисты яичников в отдаленные сроки после операции (3–6 месяцев).

Схема проведения реабилитационных мероприятий, начатая в максимально ранние сроки, приобрела особое значение. Реабилитация включала: ЛФК, неоднократные курсы физио- и медикаментозной терапии (М-холинолитики, ингибиторы холинэстеразы, комбинированные оральные контрацептивы, уросептики). Сроки восстановления произвольного мочеиспускания и дефекации варьировали от нескольких месяцев до 2 лет.

Полученные данные подчеркивают, что качество жизни больных после органосохраняющего лечения цервикального рака становится все более важным аспектом противоопухолевой терапии.

Организация высокотехнологичной мультимодальной онкологической помощи взрослому населению РФ

Пузанов П.В.

Волгоградский областной клинический онкологический диспансер, Волгоград

Проблема доступности высокотехнологичной онкологической помощи гражданам является одной из самых актуальных в социальном обществе.

По смыслу Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» следует считать высокотехнологичную медицинскую помощь частью специализированной медицинской помощи, которая организуется и оказывается в соответствии с утвержденными стандартами специализированной медицинской помощи в стационарных отделениях соответствующего профиля, и при включении в нее за время одной госпитализации части, которая утверждена как высокотехнологичная, финансируется по критерию «законченный случай» высокотехнологичного лечения.

Основанием для стандартизации специализированной медицинской помощи являются известные способы специального лечения злокачественных опухолей – лучевой, лекарственный и хирургический, а стандартами являются часто реализуемые и частью входящие в способы их варианты (предоперационная и послеоперационная лучевая терапия с дистанционной, внутриполостной и внутритканевой лучевой терапией), а также не часто совмещаемые со стандартами варианты смежных способов, в частности, когда в хирургический и лучевой способы частью входят варианты лекарственного способа.

Федеральным законом установлено преимущественное развитие внутри стандартов посредством усложнения их технологического обеспечения. Закон декларирует функциональное преимущество высокотехнологичной части над структурно и функционально разобщенной специализированной медицинской помощью в достижении нового результата и отчасти устанавливает возможность совмещения разнородных способов лечения и их вариантов в существенную совокупность, которая может достигать новый результат посредством уникальных методов лечения, которые, естественно, не включены в базовую программу ОМС.

С 01.01. 2017 года вступил в действие Правительственный закон о финансировании высокотехнологичной помощи напрямую из Фонда ОМС (ФОМС), который устанавливает механизм финансового обеспечения. Согласно этому закону ФОМС может напрямую финансировать федеральные медучреждения, организации, которые оказывают высокотехнологичную помощь, не включенную в базовую программу ОМС, посредством направления целевых средств из бюджета ФОМС в виде субсидий на основании соглашений о порядке и условиях предоставления средств между ФОМС.

Иммуноадьювант из опухолевых белков – инновационный препарат для иммунотерапии рака

Пузанова О.П., Михайлова И.Н., Морозова Л.Ф., Бурова О.С., Ваньчкова Г.А., Рубцова М.А.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

На протяжении пяти последних десятилетий заветной мечтой ведущих ученых иммунологов онкологов всего мира является создание универсального способа лечения злокачественных опухолей с помощью противоопухолевых вакцин. В настоящее время иммунотерапия является универсальным способом терапии злокачественных новообразований различной нозологии (лейкозов, злокачественных димиелинизирующих процессов, меланомы, рака кишечника). Настоящее сообщение посвящено результатам изучения иммуноадъювантных эффектов нового препарата для иммунотерапии, полученного путем крио обработки аллогенных опухолевых линий клеток меланомы. В ходе химического анализа состава полученного препарата выявлено высокое содержание в анализируемых образцах белков теплового шока БТШ70, БТШ80, БТШ95, что обеспечивает молекулярные механизмы воздействия данного препарата посредством взаимодействия с PARP рецепторами лейкоцитов крови. Данное молекулярное взаимодействие, связывание БТШ с системой рецепторов PARP, приводит к ативации гена NFkB и генов раннего ответа c-fos, c-jun, что в свою очередь приводит к продукции цитокинов и пролифирации активированных клеток крови и продуктивному клеточному и гуморальному иммунному ответу. В реакциях смешанная лимфоцитарная культура СЛК с лимфоцитами периферической крови была выявлена активная пролиферация иммунных клеток в десятки раз превышающая значения контрольных образцов (89% активация лимфоцитов крови на восьмом цикле деления для исследуемого образца из одной линии опухолевых клеток). При использовании протеомного анализа было показано наличие в данном препарате высоко иммуногенных белков меланомы человека, которые присутствуют экспрессируются так же опухолевыми клетками рака толстого кишечника, легких, яичников, что обеспечивает применение данного препарата и формирование яркого эффективного противоопухолевого иммунитета.

Клинико-морфологические характеристики химиорезистентного рака желудка

Пулатов Д.А., Ибрагимов Ж.М., Эгамбердиев Д.М.

Республиканский онкологический научный центр, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить клинико-морфологические особенности пациентов раком желудка (РЖ), резистентных к таксан- и платиносодержащим режимам химиотерапии (х/т).

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ результатов лечения 76 пациентов РЖ III-IV стадии, резистентных к платина- и таксансодержащим режимам. Первую группу составили 36 (47%) пациентов, получивших 2–4 курса х/т по схеме CF (цисплатин 100 мг/м^2 1д., 5-FU 1000 мг/м^2 1-5д.). Во вторую группу вошли 40 (53%) пациентов, получивших 2–4 курса х/т по схеме DCF (доцетаксел 75 мг/м^2 1д., цисплатин 75 мг/м2 1д., 5-FU 750 мг/м2 1-5 д.). Группы были сопоставимы по основным характеристикам (возрасту, полу, стадии, гистологическим типам, дифференцировке). Средний возраст пациентов с резистентным к цисплатину чаще встречался в возрасте 59,0 ± 0,1 лет. Среди резистентных пациентов 76,3% были мужского пола. Из всего числа резистентных пациентов (n = 78), 42 (55,3%) были резистентны к режиму CF, а 34 (44,7%) к DCF.

Результаты. При оценке состояния первичного очага, среди пациентов, резистентных к х/т, более 90% были с T3-4 стадией. У пациентов с T4, получавших режим DCF, резистентность отмечалась на 20% меньше, что показало преимущества применения доцетаксела при местной распространенности процесса.

Анализ резистентности РЖ к х/т показал, что у 30 (39,5%) устойчивость к лечению отмечалась у пациентов с высокодифференцированным процессом и лишь у 16 (21%) пациентов с низкой дифференцировкой процесса. Наиболее частыми гистологическими типами резистентного РЖ были аденокарцинома (39,5%), перстневидный и папиллярный рак (примерно по 10% пациентов), причем устойчивость к лечению почти в два раза была выше у пациентов с высокодифференцированным процессом.

Вывод. Как показало исследование, первичными признаками, помогающими выделить пациентов с сомнительной эффективностью к х/т, были клинико-морфологические критерии: локализация первичного очага, TNM характеристика процесса, наличие и локализация метастазов, гистологический вариант и дифференцировка опухоли.

Несомненно, что проведение х/т, основанной на определенных предсказывающих признаках, показывающих чувствительность или ее отсутствие, позволит сократить случаи проведения неадекватного лечения, а также проводить целенаправленные исследования, которые позволят выявить молекулярно-генетические причины резистентности.

Факторы риска у больных с патологией эндометрия

Пушкарёв В.А.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Башкортостан, Уфа

Среди злокачественных новообразований женских половых органов рак эндометрия (РЭ) занимает первое место.

Целью исследования явилось определение наиболее специфических факторов риска при различных формах предраковых процессов и РЭ.

Проведен анализ заболеваний у 1697 женщин, наблюдавшихся и проходивших лечение в Республиканском онкодиспансере по поводу гиперпластических процессов и РЭ. Были изучены возраст больных, акушерско-гинекологический анамнез, перенесенные экстрагенитальные заболевания, сопутствующая гинекологическая патология.

При анализе полученных результатов обследования женщин с гиперпластическими процессами и РЭ установлена зависимость между некоторыми критериями. Так, при железисто-кистозной гиперплазии эндометрия отмечены большие колебания в возрастной структуре от 24 до 61 лет при среднем возрасте 42,3 лет; при полипозе эндометрия соответственно 37 – 67 (46,4), атипической гиперплазии – 40 – 69 (49,2), РЭ – 28 – 74 (62,4).

Выявлено увеличение частоты вариантов некоторых патологических состояний в зависимости от изменения эндометрия. Так, при железисто-кистозной гиперплазии эндометрия ановуляторные циклы встречались в 10,2 ± 0,9%, при полипозе эта патология отмечена в 12,4 ± 0,8%; это в 1,2 раза чаще ($p > 0,05$). Соответственно, при атипической гиперплазии эндометрия в 16,3 ± 1,4% – в 1,6 раза ($p < 0,01$), при РЭ в 18,3 ± 1,8% – в 1,8 раза ($p < 0,01$).

Следует отметить, что ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь чаще встречались при атипической гиперплазии и РЭ и реже – при полипозе и железисто-кистозной гиперплазии эндометрия. Отмечено также, что у больных часто встречалась и такая гинекологическая патология, как эндометриоз и фибромиома матки.

Заключение: при изучении основных форм патологии эндометрия установлены наиболее встречаемые состояния, характерные для той или иной патологии, которые могут расцениваться как факторы риска развития предраковых процессов и РЭ.

Опыт определения сторожевого лимфоузла при раке вульвы методом непрямой интраоперационной радиоизотопной лимфосцинтиграфии

Пушкарев В.А., Меньшиков К.В., Галлямов А.У., Уразин Р.Р., Фатихова А.А.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Башкортостан, Уфа

Рак вульвы (РВ) составляет до 8% общего показателя заболеваемости новообразованиями женских половых органов. Плоскоклеточный рак (ПКР) составляет 85–90% всех случаев РВ.

Основным методом лечения РВ является хирургический. В 50-х годах прошлого столетия было предложено использование радикальной вульвэктомии (ВЭ) с одномоментной двусторонней пахово-бедренной лимфаденэктомией в качестве стандартного вмешательства. Оперативное вмешательство в данном объеме довольно часто сопровождается большим количеством осложнений.

С целью уменьшения количества неоправданных пахово-бедренных лимфаденэктомий применяется биопсия сторожевого лимфоузла.

Концепция сторожевого лимфоузла была разработана R.M.Cabanas в 1977 году. «Сторожевой» лимфатический узел является фильтром для контрастных препаратов. В исследовании J.C.Alex et al. предложено использовать вместо рентгеноконтрастного вещества радиоактивный лимфотропный коллоид, способный проникать сквозь стенки лимфатических капилляров. При этом интраоперационный поиск проводился при помощи портативного гаммасканера.

В условиях отделения онкогинекологии РКОД используется методика определения сторожевого лимфоузла радиоизотопным методом при помощи портативного гаммасканера.

Данный метод применен у 5 пациенток, страдающих РВ с верифицированным процессом. По критерию Т пациенты имели стадию заболевания от Т1А до Т3.

У пациенток до оперативного лечения обследованы зоны регионарного лимфооттока. Наличия явных метастатических лимфоузлов ни у кого не выявлено.

Для выполнения радиоизотопной лимфосцинтиграфии радиофармпрепарат (РФП) вводился в 4 точки вокруг первичной опухоли вульвы, отступя от видимых границ опухоли на 1 см.

Через 24 часа после введения РФП пациенткам производилась ВЭ. При помощи портативного гаммасканера определялся сторожевой лимфоузел и производилась его селективная биопсия.

При морфологическом исследовании в 1 случае было выявлено наличие микрометастазов, что послужило показанием к расширенной лимфодиссекции. В 4 случаях ограничились стандартной ВЭ.

Течение послеоперационного периода у пациенток, перенесших стандартную ВЭ с биопсией сторожевого лимфоузла, не отличалось от пациенток, перенесших только ВЭ.

Таким образом, биопсия сторожевого лимфоузла является дополнительным методом стадирования РВ по критерию N и избавляет пациенток от проведения им расширенных операций.

Скрининг рака эндометрия в группах риска

Пушкарёв В.А., Фаисханова Р.Р., Ганцева Е.А., Пушкарёв А.В., Уразин Р.Р., Меньшиков К.В., Фатихова А.А.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Башкортостан, Уфа

Проблема онкологических заболеваний заслуживает самого серьезного внимания в охране здоровья женщин и является одной из основных причин смерти и инвалидизации населения. В последнее время отмечается рост заболеваемости раком органов репродуктивной системы, в особенности это относится к гормонозависимым опухолям.

Рак эндометрия (РЭ) в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России занимает 4-е место, достигая 6,5%.

Целью исследования явилась разработка программы скрининга РЭ в группах риска.

По данным комплексных исследований, проведенных в Республиканском клиническом онкодиспансере, среди 1538 выявленных больных первичным РЭ у 420 (27,3%) диагностирован минимальный РЭ, у 934 (60,7%) – местнораспространенный, у 184 (12,0%) – имелись метастазы, т.е. у большинства больных опухоль имела значительное распространение. Из этих данных видна актуальность проблемы разработки программы скрининга РЭ.

Использованы следующие методы диагностики: УЗИ органов малого таза, цитологические исследования эндометриальных аспиратов полости матки, гистероскопия, гистологические исследования соскобов стенок матки.

Обследованы 46 женщин из групп риска, т.е. в возрасте 46–60 лет, имеющих характерный синдром сочетанных нарушений в репродуктивном и энергетических гомеостазах. Атипическая гиперплазия эндометрия (АГЭ) выявлена в 8,7% (4 случая), РЭ – в 4,3% (2 случая).

Одной из самых трудных проблем РЭ является выявление начальных форм заболевания.

В настоящее время гистероскопия заняла одно из ведущих мест в диагностике РЭ. Она дает возможность не только осмотреть полость матки изнутри, выявить расположение опухоли в матке, определить степень ее распространения, но также произвести прицельную биопсию опухоли. С помощью гистероскопии решаются задачи дифференциальной и топической диагностики. Информативность в выявлении начальных форм РЭ достигает 94%.

Обязательным методом завершающей диагностики при подозрении на патологию эндометрия является морфологическое исследование эндометрия.

Заключение: проведение скрининга с целью выявления опухолей эндометрия в группах риска дает возможности ранней диагностики начальных стадий рака, добиться лучших результатов 5-летней выживаемости, а у молодых женщин сохранить репродуктивные органы, что в дальнейшем позволит им вести полноценный образ жизни.

Диагностика и лечение опухолей матки из соединительной ткани

Пушкарёв В.А., Хуснутдинов Ш.М., Пушкарёв А.В.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Башкортостан, Уфа

Проблема диагностики и лечения больных с опухолями матки из соединительной ткани относится к одному из трудных разделов клинической онкологии. Неэпителиальные злокачественные опухоли (саркомы) женских гениталий встречаются относительно редко, составляя от 4 до 5% по отношению к злокачественным опухолям матки и 1% – ко всем злокачественным опухолям женских половых органов.

Причинами низких отдаленных результатов лечения являются не только поздняя диагностика и особенности опухолевого роста, но и неадекватное лечение заболевания. Многие традиционные положения, касающиеся клинико-морфологической диагностики, методов лечения сарком матки уточняются и пересматриваются. Таким образом, актуальным является поиск новых способов ранней диагностики и соответсвующего лечения саркомы тела матки.

Целью исследования явился анализ распространенности, диагностики и лечения больных саркомами матки по материалам клинического онкологического диспансера Республики Башкортостан. Клинико-морфологическому исследованию подвергались данные о 236 больных саркомой матки.

Проведенные исследования показали, что средний возраст пациенток с данной патологией 52,9 ± 3,0 года. Причем, больные лейомисаркомой матки были моложе, чем при других гистотипах сарком. Основными симптомами являлись: быстрый рост опухоли, ациклические маточные кровотечения, болевой синдром. Отмечено снижение детородной функции – бесплодием страдала каждая пятая пациентка. Большинство больных ранее наблюдались у гинекологов по поводу фибромиомы, более половины перенесли воспалительные заболевания придатков матки, у каждой пятой пациентки отмечались нарушения менструального цикла. Большинство больных страдали экстрагенитальной патологией (органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой системы, анемией), почти каждая четвертая – эндокринными заболеваниями, ожирением. Гистологически чаще диагностировались лейомиосаркомы. Необходимо дальнейшее совершенствование системы диагностики по раннему выявлению больных саркомами матки, особенно в пре- и постменопаузе.

Онкопластическая резекция молочной железы при локализации опухоли в верхне-внутреннем квадранте

Рассказова Е.А., Зикиряходжаев А.Д., Сарибекян Э.К.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена, Москва

Цель работы: изучить возможность выполнения онкопластической резекции при локализации опухоли в верхне-внутреннем квадранте молочной железы.

Введение. Выполнение онкопластических операций при локализации опухоли в верхне-внутреннем квадранте представляет сложную проблему из-за небольшого объема ткани молочной железы в верхних квадрантах, близости зоны декольте, грудины и других неподвижных анатомических структур. Простое перемещение тканей молочной железы в зону дефекта, возникшего после удаления сектора с опухолью в верхне-внутреннем квадранте, сопряжено с выраженной ротацией сосково-ареолярного комплекса кверху и медиально, несовместимую с эстетическими требованиями.

Одним из вариантов решения вышеуказанной проблемы является применение скользящего дерматогланду-

лярного лоскута, известного как лоскут «без названия» («nonameflap»).

В МНИОИ им. П.А.Герцена с 2014 по 2016 годы операция с применением скользящего лоскута выполнена у 12 больных.

По распространенности процесса больные распределялись следующим образом: TisN0M0 – 1, T1N0M0 – 4, T2N0M0 – 6, T1N1M0 – 1. По молекулярным подтипам распределение было следующим – люминальный тип А – 7, люминальный тип В – 5 пациенток.

Локализация опухолевого узла в молочной железе – верхне-внутренний квадрант – 10, граница верхних – 1, нижне-внутренний квадрант – 1. Возраст больных от 54 до 63 лет.

Время операции составило 60–70 мин. Послеоперационный период протекал у всех больных без осложнений. Среднее время пребывания в стационаре составило 6 койко-дней.

Период наблюдения от 6 мес до 2 лет, медиана 1,1 лет. Данных за местный рецидив и отдаленные метастазы не выявлено. У 2 пациенток было только хирургическое лечение, в остальных 8 случаях – лучевая терапия с или без лекарственной терапией.

Во всех случаях операция выполнена на одной молочной железе, коррекции второй молочной железы не потребовалось.

Обсуждение. Преимуществом применения скользящего лоскута при выполнении онкопластической резекции молочной железы является техническая простота выполнения. Наличие хорошего кровоснабжения ротируемого лоскута практически исключает риск трофических осложнений. Способ позволяет ротировать ткани молочной железы без смещения сосково-ареолярного комплекса. В связи с этим, нет необходимости в выполнении симметризирующей операции на контрлатеральной молочной железе.

Лечение тройного негативного подтипа рака молочной железы

Рассказова Е.А.[1], Зикиряходжаев А.Д.[1,2,3], Фролова М.А.[4], Глазкова Е.В.[4]

[1]Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Москва;
[2]Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Москва;
[3]Российский университет дружбы народов, Москва;
[4]Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

В исследовании включено 40 пациенток с тройным негативным подтипом рака молочной железы (РМЖ). Период наблюдения с 2012 по 2016 годы, хирургическое лечение пациенткам выполнено в МНИОИ им. П.А.Герцена. Все больные получали различные режимы неоадъвантной химиотерапии (НАПХТ), цель исследования – оценить эффективность различных режимов НАПХТ, в том числе в зависимости от наличия мутаций в генах BRCA 1,2, CHEK2.

Медиана возраста пациенток составила 45,9 (31–69) года.

Начальные стадии РМЖ (I–IIA) – 10 (25%) пациенток, местно-распространенный РМЖ – 30 (75%) пациенток. Мутации BRCA1,2, CHEK2 определены у 25 больных, мутации выявлены у 8 (32%) пациенток.

У 2 пациенток РМЖ IIIC стадий после проведения НАПХТ эффект был расценен как недостаточный для выполнения хирургического лечения, и им была проведена предоперационная лучевая терапия.

Всем пациенткам было выполнено хирургическое лечение различного объема, от радикальных резекций до радикальных мастэктомий с или без реконструкцией.

У 5 пациенток с мутациями в генах BRCA1,2 выполнена профилактическая подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией имплантом, 2 пациентки отказались от профилактической мастэктомии, у 1 пациентки с наличием мутации гена CHEK2 был диагностирован первично-множественный метахронный рак молочных желез, ранее ей не выполняли профилактическую мастэктомию и через 6 лет реализовался рак во второй молочной железе.

Число пациенток до 40 лет в исследовании 11 (27,5%), в группе с мутациями в генах BRCA1,2, CHEK2 – пациентки моложе 40 лет – 4 (50%).

Морфологическое исследование после НАПХТ включало в себя указание размеров остаточной опухоли, состояние тканей молочной железы, число исследованных лимфатических узлов, а также определение степени лечебного патоморфоза как в первичной опухоли, так и в случае метастастатических лимфатических узлов, степень лечебного патоморфоза указывалась в них.

Полный лечебный патоморфоз (IV степень патоморфоза по Лавниковой) в первичной опухоли был достигнут у 20 (50 ± 7,9%) больных.

Микрохирургическая реконструкция тканей полости рта у онкологических больных функциональными аутотрансплантатами

Решетов И.В., Шевалгин А.А., Сукорцева Н.С.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Москва

Цель работы: оценить функциональные возможности и сравнить кожно-фасциальный реиннервированный лучевой лоскут и кожно-мышечный иннервированный лоскут на передних мышцах шеи у онкологических больных с опухолями языка и дна полости рта после хирургического лечения, оценить отдаленные результаты пластики и разработать алгоритм выбора.

Материалы и методы. По статистическим данным в различных литературных источниках мирового сообщества среди опухолей области головы и шеи наиболее частой локализацией рака слизистой оболочки полости рта являются такие анатомические зоны как язык (46–

53%) и дно полости рта (18–24%). Самая частая гистологическая структура этих опухолей – плоскоклеточный рак. Хирургическое лечение рака языка и дна полости рта приводит зачастую к обширным дефектам ротовой полости и выключает ряд функций органов, страдающих во время операции, в связи с чем все больше становится актуальным поиск и выбор пластического материала для реконструкции тканей ротовой полости, который не только бы восстанавливал дефицитную ткань и облик органа, но помог восстановить утраченные функции: речевую, жевательную, глотательную, дыхательную, чувствительную. Местные ткани ротовой полости не отвечают таким требованиям по ряду причин.

Мы считаем, наиболее оптимальным вариантом при выборе пластического материала для данной зоны являются микрохирургические свободный кожно – фасциальный реиннервированный лучевой лоскут и ротированный кожно-мышечный иннервированный лоскут на передних мышцах шеи, которые позволяют выполнять реконструкцию органов полости рта по площади и объему, а также за счет включения в свою структуру ветвей волокон периферических нервов позволяют добиться восстановлению чувствительности, а значит и практически полностью вернуть утраченную функцию органа.

На базе Первого МГМУ им. Сеченова И.М. в период с 2014 по 2016 годы было выполнено 22 микрохирургических реконструктивно-пластических операций с использованием вышеуказанных лоскутов. Лидирует реиннервированный кожно-фасциальный радиальный лоскут предплечья – 12; кожно-мышечный иннервированный лоскут на передних мышцах шеи ниже подъязычной кости – 10.

Результаты. В настоящее время больные находятся под динамическим наблюдением нашей клиники с оценкой эффективности лечения и данной методики микрохирургической реабилитации.

Анализ обеспеченности детского населения Российской Федерации врачами-детскими онкологами как один из элементов оптимизации медицинской помощи

Рыков М.Ю., Байбарина Е.Н., Купеева И.А., Поляков В.Г.

НИИ детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Актуальность. Заболеваемость злокачественные новообразования у детей составляет 13–15 на 100 тыс. (0–17 лет). Во многих субъектах Российской Федерации отмечается дефицит врачей-детских онкологов.

Материалы и методы. Проанализированы данные Министерства здравоохранения Российской Федерации по численности врачей-детских онкологов в Российской Федерации.

Результаты. В 2015 г. в Российской Федерации общее количество врачей-детских онкологов составило 252 человека, что соответствует 0,09 на 10 тыс. По сравнению с 2014 г. отмечается увеличение этого показателя на 27 (12%) специалистов. Наибольшее количество врачей зарегистрировано в Центральном федеральном округе (ЦФО) – 87 (34,5%, 0,13 на 10 тыс.), наименьшее – в Северо-Кавказском федеральном округе (СКФО) – 7 (2,7%, 0,03 на 10 тыс.). В Приволжском федеральном округе (ПФО) – 31 (21,3%, 0,05 на 10 тыс.), в Северо-Западном федеральном округе (СЗФО) – 30 (11,9%, 0,12 на 10 тыс.), в Уральском федеральном округе (УФО) – 29 (11,5%, 0,11 на 10 тыс.), в Сибирском федеральном округе (СФО) – 28 (11,1%, 0,07 на 10 тыс.), в Южном федеральном округе (ЮФО) – 25 (9,9%, 0,09 на 10 тыс.), в Дальневосточном федеральном округе (ДВФО) – 16 (6,3%, 0,12 на 10 тыс.). При этом по сравнению с 2014 г. отмечается увеличение количества врачей: в ЦФО – на 9 (11,5%), в ПФО – на 1 (3,3%), в СЗФО – на 7 (30,4%), в УФО – на 2 (7,4%), в СФО – на 8 (11,1%). В СКФО количество врачей сократилось на 1 (12,5%), в ЮФО произошло увеличение количества врачей на 2 (4,2%) специалиста. В ЦФО наибольшее количество врачей – в Москве (63; 72,4%; 0,33 на 10 тыс.), в СЗФО – в Санкт-Петербурге (24; 80%; 0,31 на 10 тыс.), в ЮФО – в Волгоградской области (9; 36%; 0,19 на 10 тыс.), в СКФО – в Ставропольском крае (3; 42,9%; 0,05 на 10 тыс.), в ПФО – в Нижегородской области (8; 25,8%; 0,14 на 10 тыс.), в УФО – в Свердловской области (13; 44,8%; 0,15 на 10 тыс.), в СФО – в Красноярском крае (7; 25%; 0,12 на 10 тыс.), в ДВФО – в Приморском крае (6; 37,5%; 0,17 на 10 тыс.). В 19 (22,3%) субъектах работает лишь по 1 специалисту. В 29 (34,1%) субъектах детские онкологи отсутствуют.

Выводы. Целесообразно обеспечить маршрутизацию пациентов, основанную на трехуровневой модели оказания медицинской помощи с учетом возможностей проведения различных этапов лечения в медицинских организациях с учетом укомплектованности их штатов и оснащенности медицинским оборудованием.

Результаты внешнего аудита медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в субъектах Российской Федерации

Рыков М.Ю., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Поляков В.Г.

НИИ детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Введение. Повышение качества медицинской помощи (КМП) – основа любой системы здравоохранения. Для выявления существующих дефектов необходимо проведение внешнего аудита медицинских организаций.

Цель: повышение КМП детям с онкологическими заболеваниями.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезней детей с солидными опухолями, которые в 2011–2015 гг. получали специализированное и симптоматиче-

ское лечение в онкологических отделениях областных больниц 7 субъектов РФ, входящих в состав Центрального, Северо-Западного, Северо-Кавказского, Приволжского и Южного федеральных округов, а также проведена оценка оснащенности отделений медицинским оборудованием и укомплектованность штатов медицинского персонала в соответствии с рекомендациями Приложений №5 и №6 к Приказу Минздрава России №560н от 31 октября 2012 г. (в редакции Приказа №608н от 02.09.2013 г.) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "детская онкология"».

Результаты. В 2011–2015 гг. в анализируемых субъектах было выявлено 374 пациента (194 (51,9%) мальчика и 180 (48,1%) девочек) в возрасте 0–17 лет (средний возраст 5,4 года) со злокачественными новообразованиями. Количество госпитализаций – 1534, общее количество койко-дней – 22762, среднее – 14,8. Пациентов с I ст. заболевания – 23 (6,1%), со II ст. – 112 (30%), с III ст. – 89 (23,9%) и с IV ст. – 146 (39%), с неустановленной стадией – 4 (1%). Федеральные клинические рекомендации были нарушены при лечении 46 (12,3%) пациентов. Штатное расписание и оснащенность медицинским оборудованием ни одного из отделений в полной мере не соответствовала рекомендациям Приложений №5 и №6.

Заключение. Представляется разумным разработать рекомендации, обосновывающие целесообразность проведения отдельных этапов лечения пациентов в различных регионах РФ с учетом их удаленности от федеральных центров, численности и плотности, а также заболеваемости детского населения с целью обеспечения оптимальной маршрутизации пациентов и повышения КМП. Также необходимо усилить онкологическую настороженность врачей первичного звена (участковых педиатров) с целью раннего выявления онкологических заболеваний, в том числе во время профилактических осмотров. Полученные результаты являются предпосылкой для внесения некоторых изменений в Приложения к Приказу №560н, направленных на устранение требований к избыточности оснащения детских онкологических отделений.

Эстрогеновые рецепторы β как возможная мишень тамоксифена

Рябинина О.М., Щербаков А.М., Шестакова Е.А, Вихлянцева Н.О., Коломийцев С.Д., Богуш Т.А.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Актуальность. Тамоксифен (ТАМ) – первый таргетный препарат, который широко используется в адъювантной гормональной терапии рака молочной железы (РМЖ) с положительным статусом эстрогеновых рецепторов α (ЭРα). После открытия нового типа эстрогеновых рецепторов – ЭРβ, высокий уровень которых выявляется в опухолях разных локализаций, возник интерес к изучению возможности расширения показаний к применению антиэстрогенов.

Целью исследования явился ответ на вопрос, являются ли ЭРβ, как и ЭРα, мишенью антиэстрогена тамоксифена.

Методы. Клетки РМЖ линии MCF7 культивировали в среде DMEM с 2–10% телячьей сыворотки без стероидов (HyClone). Исследовано влияние на экспрессию ЭРβ и ЭРα 24 час. инкубации клеток с 5 мкМ ТАМ (Cayman Chemical). Количественную оценку экспрессии ЭРα и ЭРβ проводили иммунофлуоресцентным методом, ассоциированным с проточной цитофлуориметрией. Использованы первичные антитела, специфичные к ЭРα (ab SP-1) и ЭРβ (ab14C8), а также вторичные антитела, конъюгированные с DyLight 650 (ab98729 и ab98510). Оценены количественные показатели экспрессии маркеров: уровень – количество (%) специфически флуоресцирующих клеток относительно показателя в контроле (инкубация с вторичными антителами); интенсивность – отношение специфической флуоресценции клеток в опыте к контролю; индекс – произведение уровня и интенсивности экспрессии маркера, деленное на 100.

Результаты. Выявлена высокая экспрессия ЭРα и ЭРβ в клетках линии MCF7 *in vitro*. Показатели экспрессии ЭРα оказались значительно выше, чем ЭРβ, и составили, соответственно: уровень – 95 ± 2% *vs*. 66,5 ± 4,5%; интенсивность – 24,8 ± 10 *vs*. 10,9 ± 0,4 индекс – 23,8 ± 10 *vs*. 7,3 ± 0,8. ТАМ практически не повлиял на уровень экспрессии ЭРα и ЭРβ, но уменьшил индекс экспрессии приблизительно в 1,6 и в 1,4 раза соответственно.

Выводы. Сходная реакция ЭРα и ЭРβ (снижение показателей экспрессии) на воздействие тамоксифена, позволяет рассматривать ЭРβ, как и ЭРα, в качестве мишени этого антиэстрогена, что в свою очередь указывает на необходимость расширения показаний к гормональной терапии опухолей, отличных от рака молочной железы. В частности, ранее мы показали, что претендентами на проведения адъювантной антиэстрогеновой терапии немелкоклеточного рака легкого могут быть около 50% пациентов с высоким уровнем экспрессии ЭРβ в опухоли.

Поддержано грантами РФФИ (15-04-06991-а и 16-34-01049-мол-а) и Президента РФ МК-7709.2016.7.

Химиолучевая терапия на фоне радиочастотной гипертермии в комбинированном лечении глиобластом

Рябова А.И., Новиков В.А., Грибова О.В., Григорьев Е.Г., Васильев Р.В., Штин В.И.

НИИ онкологии Томского национального исследовательского медицинского центра РАН, Томск

Глиобластома является самой частой и самой агрессивной первичной опухолью головного мозга. Средняя продолжительность жизни пациентов с этой патологией при применении современного стандарта интенсивного комбинированного лечения не превышает двух лет. Одним из перспективных путей улучшения выживаемости пациентов является преодоление радиорезистентности глиом высокой степени злокачественности с помощью гипертермии.

Целью нашего исследования является оценка результатов комбинированного лечения с применением локальной радиочастотной гипертермии у больных с впервые выявленными глиобластомами головного мозга.

В НИИ онкологии Томского НИМЦ разработана методика проведения химиолучевой терапии на фоне локальной электромагнитной гипертермии в составе комбинированного лечения пациентов с впервые выявленными глиобластомами головного мозга. В соответствии с разработанной методикой комбинированное лечение получили 23 пациента, которым одновременно с проведением химиолучевой терапии с темозоломидом два раза в неделю выполнялась локальная гипертермия (10 сеансов на курс лечения) на системе для глубокой гипертермии Celsius TCS. Все пациенты перенесли лечение удовлетворительно. Частота лучевых реакций соответствовала таковой при химиотерапии без использования локальной гипертермии. У одного пациента отмечено осложнение в виде ограниченного термического ожога кожи II ст., лечение проводилось консервативно, прерывания или прекращения ТХЛТ не потребовалось. Непосредственные результаты ТХЛТ оценивались по критериям RANO. Полная регрессия достигнута в четырех случаях, частичная регрессия – в девяти, стабилизация процесса – в семи, прогрессирование процесса – в трех случаях. Одногодичная безрецидивная выживаемость составила 40,8 ± 11,9%, медиана до прогрессирования – 9 месяцев. Одногодичная общая выживаемость составила 74,4 ± 11,4%, медиана общей выживаемости составила 21,2 мес.

Проведение химиолучевой терапии на фоне радиочастотной гипертермии в лечении впервые выявленных глиобластом не ухудшает переносимость комбинированного лечения. ТХЛТ позволяет достигнуть высокой частоты объективного ответа, улучшить общую и безрецидивную выживаемость у больных с глиобластомами головного мозга.

Определение пороговых значений онкомаркеров CA-125 и HE-4, прогнозирующие риск рецидивирования эпителиального рака яичников

Савинова А.Р.

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, Казань

Целью настоящего исследования было определение пороговых значений онкомаркеров CA-125 и HE-4 до и после комбинированной терапии первой линии, коррелирующие с повышенным риском рецдивирования эпителиального рака яичников.

Материалы и методы. Работа основана на сравнительном анализе данных 1103 пациентов (средний возраст: 60,26 ± 14,38 лет) которым была выполнена первичная циторедуктивная операция и химиотерапия первой линии с 1 января 2010 г. по 1 января 2015 г. Был выполнен ROC-анализ а также были исследованы диагностические характеристики онкомаркеров (чувствительность, специфичность, положительная и отрицательная прогностическая значимость и т.д.).

Результаты и обсуждение. Пороговое значение для CA-125 до начала лечения был отобран «200 Ед/мл», а после лечения – «35 Ед/мл». Чувствительность CA-125 (до лечения) для прогнозирования вероятности рецидивирования рака яичников составила 87,7% (84,9–90,1%), специфичность – 55,4% (50,6–60,1%), PLR -1,96 (1,76–2,19), NLR–0,22 (0,18–0,28), PPV–74,8% (70,4–78,7%), NPV–74,8% (70,4–78,7%). Чувствительность CA-125 после лечения (при пороговом значении 35 Ед/мл) составила 80,7% (77,5–83,7%), специфичность – 39,2% (34,6–43,9%), PLR – 1,33 (1,76–2,19), NLR – 0,49 (0,41–0,6), PPV – 66,75% (64,86–68,58%), NPV – 57,3% (52,5–62%).

Пороговым значением для уровней онкомаркера HE-4 до начала лечения был отобран «440 пмоль/л», и «35 пмоль/л» для уровней после окончания терапии первой линии. Чувствительность HE-4 (до лечения) для прогнозирования вероятности рецидивирования рака яичников составила 57,23% (53,4–61,03%), специфичность – 63,3% (58,6–67,8%), PLR – 1,56 (1,36–1,79), NLR – 0,68 (0,6–0,76), PPV – 70,2% (67,3–73,1%), NPV – 49,5% (46,6–52,3%). Чувствительность HE-4 после лечения (при пороговом значении 35 пмоль/л) для прогнозирования вероятности рецидивирования рака яичников составила 57,23% (53,4–61,03%), специфичность – 63,3% (58,6–67,8%), PLR – 1,56 (1,36–1,79), NLR – 0,68 (0,6–0,76), PPV – 70,2% (67,3–73,1%), NPV – 49,5% (46,6–52,3%). Чувствительность HE-4 после лечения (при пороговом значении 35 пмоль/л) составила 90,96% (88,5–93,03%), специфичность – 56,04% (51,25–60,74%), PLR – 2,07 (1,86–2,31), NLR – 0,16 (0,12–0,21), PPV – 75,8% (73,7–77,7%), NPV – 80,4% (76,06–84,1%).

Выводы. В качестве прогностического маркера рецидива рака яичников лучшими диагностическими характеристиками обладают уровни HE-4 определенные после терапии первой линии.

Стратифицирование риска рецидивирования рака яичников при помощи индекса индивидуального риска рецидивирования рака яичников (ИРРРЯ)

Савинова А.Р., Гатауллин И.Г., Панов А.В.

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, Казань;
Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Казань

Целью настоящего исследования являлась разработка алгоритма оценки индивидуального риска рецидивирования рака яичников у больных на основании клинико-морфологических данных после комбинированной терапии первой линии.

Материалы и методы. Работа основана на сравнительном анализе данных 1103 пациентов (средний воз-

раст: 60,26 ± 14,38 лет; межквартильный размах: 51–72 года) которым была выполнена первичная циторедуктивная операция и химиотерапия первой линии в период с 1 января 2010 г. по 1 января 2015 г.

С целью изучения прогностической роли клинико-морфологических характеристик пациентов с эпителиальным раком яичников в рецидивировании рака яичников мы первоначально выделили 12 параметров опухолевого процесса: возраст пациента, стадию заболевания, статус «Т», степень дифференцировки, гистотип, УЗИ и КТ после курса химиотерапии первой линии (наличие или отсутствие резидуальной ткани ≥1 см), СА 125до (до начала комбинированной терапии) и СА 125 после (после окончания химиотерапии первой линии), НЕ 4 до (до начала комбинированной терапии) и НЕ 4 после (после окончания химиотерапии первой линии), оптимальность первичной цито-редукции (оптимально, субоптимально и радикально).

Результаты и обсуждение. Мы включили вышеуказанные 12 параметров в анализ бинарной регрессии, и разделили группу (рандомизированно) на две выборки: обучающую и валидизации. В обучающей группе мы применили процедуру прямого и обратного пошагового отбора ($p = 0,05$) прогностических факторов для включения в алгоритм. В окончательную модель вошли 6 параметров: стадия, гистотип, степень дифференцировки, УЗИ, СА-125 до и НЕ – 4 после. На основании данных, полученных при логистической регрессии была разработана формула индекса индивидуального риска рецидивирования рака яичников – ИРРРЯ (AUC = 0,761). Мы выделили 3 промежутка значений, соответствующих низкому, умеренному и высокому риску рецидивирования. Низкий риск рецидивирования отграничивался пороговым значением 0,39 (0–0,39), умеренный риск – пороговым значением 0,85 (0,40–0,85), и соответственно, все значения в промежутке 0,86–1,0 соответствовали высокому риску рецидивирования.

Выводы. В зависимости от значения индекса индивидуального риска рецидивирования рака яичников пациенты могут быть распределены в группу низкого, умеренного и высокого риска рецидивирования, что позволяет выбрать адекватный план наблюдения за пациентами.

Многокомпонентное лечение местно-распространенного рака шейки матки в зависимости от варианта гистологической структуры опухоли под контролем ПЭТ- КТ

Саевец В.В., Важенин А.В., Чернова Л.Ф., Губайдуллина Т.Н., Кравченко Г.Р., Таратонов А.В., Курченкова О.В.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

В настоящее время для лечения больных РШМ используют все три метода специального лечения: лучевой, хирургический и химиотерапевтический. В литературе до сих пор нет единого мнения о роли гистологической структуры опухоли при выборе метода лечения и оценке прогноза заболевания. В этой связи актуальность проблемы выбора тактики лечения и оценке прогноза заболевания у больных местно-распространенным РШМ в зависимости от варианта гистологического строения опухоли не вызывает сомнений.

Цель исследования. Оценить роль неоадьювантной полихимиотерапии в сочетании с хирургическим компонентом как прогностического фактора при местнораспространенном раке шейки матки с учетом гистологической структуры первичной опухоли на основании изучения 10-летних результатов многокомпонентного лечения с контролем ПЭТ-КТ.

Материалы и методы. За период с января 2000 г. по декабрь 2010 г. было проведено ретроспективное исследование на базе ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер». Материалом для исследования послужили результаты наблюдений за 152 больными с диагнозом: РШМ IIB-IIIB стадиями заболевания, получившие многокомпонентное лечение. Все больные были разделены в зависимости от варианта гистологического строения опухоли на две группы. Пациентки с плоскоклеточным раком шейки матки (ПлРШМ) 99 (65,1%) человек. Вторую – 53 (34,9%) больные с железисто-плоскоклеточным раком (ЖПлРШМ) и аденокарциномой шейки матки (АКШМ). Всем больным на первом этапе было проведено 2 цикла химиотерапии на основе препаратов платины. Вторым этапом операция Вертгейма. Последним этапом послеоперационная лучевая терапия.

После проведенного многокомпонентного лечения была выделена группа больных с III стадией заболевания (T3bN1M0), которым проведено ПЭТ–КТ исследование для оценки контроля. Диагностировано 15% рецидивов, которые не были выявлены другими методами обследования.

Результаты исследования. Общая пятилетняя выживаемость для больных с ПлРШМ, вне зависимости от стадии заболевания выше, чем при аденогенных формах РШМ – 92,9% и 77% соответственно ($p > 0,05$). Общая десятилетняя выживаемость пациенток при ПлРШМ составила 75%, при аденногенных формах 66% наблюдений соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Выполнение ПЭТ–КТ позволяет выявить группу пациенток с метастазами за пределами малого таза и оптимизировать отбор пациенток для многокомпонентного лечения.

Непосредственные результаты лечения различных вариантов лечения лейомиосарком тела матки I стадии заболевания

Саевец В.В., Важенин А.В., Чернова Л.Ф., Губайдуллина Т.Н., Кравченко Г.Р., Курченкова О.В., Таратонов А.В.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Введение. Неэпителиальные злокачественные опухоли (саркомы) относятся к числу редких опухолей. Наиболее частую гистологическую форму представляет лейомио-

саркома, которая составляет 41,4% от числа всех сарком матки. Стандартным подходом к лечению больных лейомиосаркомой I стадии является хирургическое удаление опухоли.

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты различных вариантов адъювантного лечения больных с ейомиосаркомой тела матки I стадии заболевания.

Материалы и методы. Материалом для работы служили данные 46 больных с морфологически подтвержденным диагнозом лейомиосаркомой тела матки Ia-Ic стадии заболевания пролеченных за период с января 2000 года по декабрь 2010 года на базе ГБУЗ «ЧОКОД». Все анализированные больные в зависимости от объема проведенного лечения были разделены на 3 группы: первая группа – хирургическое лечение, вторая – операция с химиотерапией, третья – операция, химиотерапия и лучевая терапия. Объемом оперативного вмешательства являлось – экстирпация матки с придатками и верхняя треть влагалища. Химиотерапия проводилась во 2 и 3 группе пациенток по схеме САР. Облучение проводилось по стандартной методике ДГТ до СОД в т.В 50 Гр, ВПГТ до СОД 30 Гр. Медиана возраста больных лейомиосаркомой матки в 1 группе составила 56,44 ± 0,76. Во второй группе – 51,19 ± 2,02. В третьей группе – 54,9 ± 3,03. Статистически значимых различий между группами нет. Медиана наблюдения 65месяцев. Сопоставление 1,3, 5-летней общей выживаемости больных после хирургического лечения в 1 групп, которая составила 100%, 84%, 11,1% и 50,0 ± 4,9% соответственно, с комбинированной терапией – 100%, 82%, 48%, и комплексной терапией – 100%, 87,5%, 85,7%, показывает существенно более высокие показатели выживаемости во 2 и 3 группе. Проведение адьювантной ПХТ является необходимым компонентом для профилактики отдаленного метастазирования у больных ЛМС, существенно повышающим общую и без рецидивную выживаемость.

Выводы. Лейомиосаркома матки является агрессивным злокачественным новообразованием с возникновением местных рецидивов у 22% больных. Наиболее часто опухоль метастазирует в легкие у 76% пациенток. Проведение комплексного лечения с использованием СЛТ и ПХТ позволило повысить безрецидивную и общую выживаемость больных на 37% и 70% соответственно.

Хирургические аспекты в комбинированном лечении рецидивов рака грудного отдела пищевода

Сатыбалдиев Т.Д., Долженко К.И.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Актуальность: наличие метастазов рака пищевода в лимфатических узлах шеи не всегда служит признаком безнадежного состояния пациента. Выявление рецидивов или отдаленных метастазов рака пищевода позволяет в ряде случаев осуществить повторное лечение, положительный эффект которого, может оказаться достаточно стойким (В.И.Столяров, О.Н.Волков, 1987; Y.Tachimori, H.Kato, H.Watanabe, 2013).

Подобные метастазы, трактуются клиницистами, как отражение обширной лимфогенной диссиминации. Для рака желудка – это несомненно так, при раке пищевода такое положение, по видимому, не всегда верно. Немногочисленные собственные наблюдения и данные мировой литературы дают основание считать метастазы в шейных лимфатических при раке пищевода условно регионарными.

Цель работы: улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения рака пищевода.

Материалы и методы: мы провели комбинированное лечение 18-ти больным с рецидивами рака грудного отдела пищевода в шейных и надключичных лимфатических узлах. На первом этапе комбинированного лечения проводилась дистанционная лучевая терапия на гамматерапевтической установке «Рокус-М». Лучевая терапия проводилась в режиме расщепленного курса: РОД – 2Гр. ежедневно, 5 раз в неделю до СОД – 40–46 Гр., с учетом состояния больного. Непосредственный положительный эффект после лучевого лечения был достигнут у 8 (41,7%) из 18 больных: частичная регрессия опухоли – у 6 (33,3%); полная регрессия опухоли – у 2 (8,4%). Через 2–3 нед после купирования лучевых реакций приступали к хирургическому лечению. В среднем, интервал между возникновением рецидива заболевания и моментом радикального хирургического вмешательства составил 2–2,5 месяца. Стандартными операциями с целью удаления метастатических узлов шеи являются фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи (ФФИК) и операция Крайля.

Результаты: несмотря на малое число наблюдений, заслуживает внимания продолжительность жизни 12 больных перенесших комбинированное лечение по поводу рецидивов рака пищевода в лимфатических узлах шеи: 2-летний рубеж пережили 5 (41,7%) из 12 больных, а три года прожили 3 (25%).

Заключение: наличие метастазов рака пищевода в лимфатических узлах шеи не всегда служит признаком безнадежного состояния пациента. При раннем распознавании рецидивов и комбинированном их лечении, можно достигнуть значительного улучшения отдаленных результатов.

Оценка эффективности химиолучевой терапии больных раком пищевода

Сатыбалдиев Т.Д., Долженко К.И.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Актуальность темы: мы считаем, что надежды на улучшение результатов лечения за счет ранней диагностики остаются перспективами далекого будущего, вероятно, разработка комбинированных методов лечения рака пищевода должна стать, на сегодняшний день, одним из перспективных направлений в клинической онкологии.

Научные направления многих клиник посвящены вопросам возможного улучшения непосредственных и отдаленных результатов лечения больных раком грудного отдела пищевода посредством изыскания оптимальных вариантов сочетания противоопухолевых препаратов в комбинации с лучевой терапией и использования новых методик облучения.

Цель работы: оптимизация лечения больных раком пищевода.

Материалы и методы исследования: мы провели анализ результатов лучевого и химиолучевого лечения больных с ограниченным раком пищевода по радикальному курсу. «Ретроспективная стратификация» позволила создать достаточно репрезентативные группы для объективной оценки различных вариантов консервативного лечения рака пищевода. Оценку эффективности лечения проводили комплексно, согласно унифицированных рекомендаций ВОЗ.

Результаты: проведенный анализ результатов дистанционной лучевой терапии рака пищевода в самостоятельном варианте, а также в сочетании с различными вариантами лекарственного лечения позволил нам выявить более высокую эффективность лучевой терапии в комбинации с химиотерапией. Непосредственный полный клинический эффект после химиолучевого лечения достигнут у 36,7 ± 4,0% больных против 25,4 ± 5,3% после лучевой терапии в самостоятельном варианте. Трехлетняя выживаемость после химиолучевого лечения составила 22,7 ± 3,5%, после лучевого – 7,7 ± 3,3% ($p < 0,05$).

Из вариантов полихимиотерапии предпочтительнее оказалось применение сочетания 5-ФУ с капецитабином и цисплатином. Непосредственный полный клинический эффект отмечен у 42,9 ± 7,6% пациентов, трехлетняя выживаемость составила 27,1%. При использовании доксорубицина с оксалиплатином непосредственный полный клинический эффект достигнут у 35,6 ± 6,2% больных; трехлетняя выживаемость составила 22,2 ± 5,6% соответственно.

Заключение: рациональное использование возможностей противоопухолевых соединений для усиления лучевого эффекта, позволяет добиться улучшения непосредственных и отдаленных результатов лечения рака пищевода.

Использование лучевого лоскута для реконструкции послеоперационных дефектов верхней конечности при операциях по поводу сарком мягких тканей и опухолей кожи

Сафин И.Р., Рукавишников Д.В., Родионова А.Ю.

Республиканский клинический онкологический диспансер, Казань

Верхняя конечность поражается в 5–10% случаев при раке кожи, саркомы мягких тканей данной локализации встречаются в 12% случаев. Внедрение методов кожно-мышечной пластики на сосудистой ножке и свободным кожно-мышечным лоскутом с микрососудистым анастомозом позволяют ликвидировать сложные и обширные дефекты, увеличивают количество радикальных операций и улучшают качество жизни. Одним из вариантов реконструкции является использование лучевого лоскута предплечья. В донорской зоне можно брать: кожно-мышечный лоскут, фасциальный лоскут и сложные лоскуты, включающие кость, нерв, сухожилие. Реконструктивно-пластические операции с использованием перемещенного кожно-мышечного лоскута с предплечья в РКОД МЗ РТ выполнены 31 пациенту. Распределение пациентов по морфологическим данным: плоскоклеточный рак – 18 больных, базально-клеточный рак – 6 больных, саркомы мягких тканей – 7 больных. Выбор в пользу васкуляризированного лоскута был продиктован: сложностью рельефа дна раны и функциональной активностью. В ходе операции проводился тест Аллена для определения жизнеспособности кисти с нефункционирующей лучевой артерией. Формировался кожно-мышечный лоскут на *a.radialis*. Для реконструкции дефектов кисти имеется возможность использования лоскута без пересечения питающей сосудистой ножки – лоскут на реверсивном кровотоке. Также лучевой лоскут применялся для реконструкции дефектов локтевой области и нижней/3 плеча. В интра- и послеоперационном периодах для исследования жизнеспособности перемещаемых тканей использовались как объективные, так и субъективные критерии оценки. Послеоперационные осложнения в виде некроза лоскута были у 2 больных. Им была проведена пластика послеоперационного дефекта свободным кожным лоскутом. Субъективно, 89% пациентов оценили функциональный и эстетический результаты оперативного вмешательства как «хорошие» и «удовлетворительные». По нашим данным, вероятность рецидива после оперативных вмешательств составила 9,1%. Лучевой лоскут позволяет проводить реконструкцию послеоперационных дефектов с удовлетворительным косметическим и функциональным результатом, чему способствуют свойства кожи, а также ввиду возможности включения в состав лоскута нерва. Выполнение одномоментных оперативных вмешательств с реконструктивно-пластическим этапом характеризуется низким числом осложнений и хорошими функциональными результатами без ущерба для радикальности.

Особенности лечения рака среднего уха

Светицкий П.В.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Актуальность. Рак среднего уха (РСУ) относится к редким и скрытно протекающим заболеваниям. РСУ обладает значительной агрессивностью с тенденцией к распространению на соседнюю костную ткань и ее разрушению. При лечении РСУ общепринято использовать комбинированное лечение с предоперационным или послеоперационным облучением. Хирургические вмешательства при РСУ предусматривают резекцию височной кости в

пределах здоровых тканей. При наличии шейных метастазов проводится шейная лимфодессекция.

Цель. Оценить результаты лечения больных РСУ проводимого в РНИОИ за период с 2006 по 2016 гг.

Материал и методы. Лечение было проведено 10 больным: 6 мужчин и 4 женщины в возрасте 36–67 лет. После обследования им была проведена операция по типу расширенной радикальной операции на среднем ухе с резекцией наружного слухового прохода, сосцевидного отростка, и пораженных ОП процессом костных тканей височной кости. У 4 больных, в процессе роста ОП, была частично резецирована разрушенная костная стенка средней черепной ямки без интракраниального распространения ОП, а у 5 – стенка сигмовидного синуса. Кровотечение из которого было остановлено тампонадой гемостатической губкой. В 2 случаях, в процессе операции была обнажена луковица внутренней яремной вены, а также обнажена и сохранена целостность горизонтальной костной части лицевого нерва. 4 больным, имеющих шейные метастазы, была проведена лимфодиссекция в объеме IIA-B, III уровней. В послеоперационном периоде больные получили лучевую терапию с СОД в 45–65 Гр. Результаты. Из 10 прооперированных больных, более 2 лет прожило 3 – имеющих ОП процесс ограниченный барабанной полостью, наружным слуховым проходом и небольшим костным дефектом средней черепной ямки.

Выводы. Учитывая травматичность проводимых операций у больных с распространенным РСУ, а также низкую выживаемость, рекомендовано, при распространении процесса на жизненно важные органы, максимально сохранять здоровые ткани и отделы черепа не прибегая к неоправданному излишнему радикализму.

Повозрастная структура злокачественных новообразований у детей Курской области

Светличная С.Н., Киселев И.Л., Куденцова Г.В., Долгин В.И.

Курский областной клинический онкологический диспансер, Курск

Заболеваемость злокачественными новообразованиями (ЗН) у детей Курской области в период с 2008 по 2015 годы в среднем составила 13,76 на 100 тыс. детей и не отличалась от данных Российской Федерации.

Проведен анализ повозрастной структуры заболеваемости ЗН у детей Курской области в период с 2008 года по 2015 годы.

Соотношение заболевших мальчиков и девочек 1 : 1. В структуре ЗН у детей Курской области до 4 лет 1 место принадлежало лимфопролиферативным заболеваниям (ЛПЗ) – 36%, 2 место – новообразованиям головного мозга – 16%, 3 место – опухолям мягких тканей – 14%, 4 место – новообразованиям симпатической нервной системы (СНС) – 12%, 5 место – герминогенно-клеточным опухолям (ГКО) и опухолям почки – по 7%, 6 место – опухолям печени – 5%, 7 место – новообразованиям сетчатки глаз – 3%.

В структуре ЗН у детей в возрасте 5–9 лет на долю опухолей ЛПЗ приходилось 34%. В 2 раза, по сравнению с предыдущим возрастом, увеличилось число заболеваний головного мозга (33%), в 2 раза снизился у.в. опухолей мягких тканей (7%), в 1,4 раза уменьшился у.в. опухолей почки и ГКО (по 5%), в 6 раз снизилась доля опухолей СНС – 2%. Новообразования сетчатки глаза, по-прежнему, составляли 2%. Появились новообразования костей – 9% и меланома – 2%.

В структуре ЗН детей 10–14 лет 1 место занимали ЛПЗ – 45%. Сократилась в 2 раза доля опухолей головного мозга (16%). В 2 раза возрос у.в. костных сарком (16%), увеличилась доля ГКО (6%). В 2 раза сократился у.в. опухолей почки (3%), уменьшилось число опухолей мягких тканей (6%). Появились 2 случая заболеваний ЗН щитовидной железы (6%).

У детей в возрасте 15–17 лет 1 место в структуре ЗН у детей, по-прежнему, занимали ЛПЗ (41%). Опухоли головного мозга составляли 26%, ГКО – 15%. Костные саркомы находились на 4 месте (11%). Новообразования печени и мягких тканей у подростков занимали последнее место (по 4%).

Обращает на себя внимание увеличение заболеваемости ЛПЗ с 2011 года по 2015 год во всех возрастных группах.

Таким образом, во всех возрастных периодах жизни детей неизменными остаются ЛПЗ. Спектр солидных опухолей изменяется в соответствии с патогенетическими особенностями развития опухолей у детей.

Малоинвазивные хирургические вмешательства у детей и подростков с высокодифференцированным раком щитовидной железы

Семин Д.Ю., Ильин А.А., Пимонова И.С., Исаев П.А., Севрюков Ф.Е., Медведев В.С., Дербугов Д.Н., Полькин В.В., Васильков С.В.

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф.Цыба – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Обнинск

Актуальность. Внедрение малоинвазивных хирургических вмешательств у детей и подростков с высокодифференцированным раком щитовидной железы с целью улучшения послеоперационной реабилитации и сокращения срока госпитализации.

Материал и методы. С января 2016 по январь 2017 в клинике МРНЦ 13 детям были выполнены видеоассистированные операции на щитовидной железе (ЩЖ). В 11 случаях выполнена тиреоидэктоми с селективной шейной лимфодиссекцией (VI уровень), в двух гемитиреоидэктомия. Критериями отбора для проведения малоинвазивного вмешательства служили: наличие высокодифференцированной опухоли по данным пункционной биопсии размером ≤3,5 см, объем ЩЖ ≤30 мл. Возраст больных колебался от 11 до 17 лет, в среднем 15,4 ± 1,3 года,

медиана 16 лет. Размер опухолей составлял от 0,5 до 2,4 см, в среднем 1,3 ± 0,7 см, медиана 1,3 см. По данным цитологического исследования у 11 больных диагностирован папиллярный рак щитовидной железы (ПРЩЖ), у двух – фолликулярная опухоль ЩЖ.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 92 ± 32 мин. При гистологическом исследовании операционного материала папиллярный рак был выявлен у 12 пациентов (92%), фолликулярный рак – у 1 больного (8%). Стадия Т1 диагностирована у 11 больных (85%), из них у девяти – T1a, у двух – T1b, T2 у 1 (7,5%) и T3 у 1 (7,5%). Мультицентрический рост опухоли (pTm) выявлен в одном случае (7,5%). Метастазы в лимфоузлы VI шейной группы выявлены у 5 больных (38%). В послеоперационном периоде обезболивающая и антибактериальная терапия не проводились. Послеоперационных осложнений не отмечено. Средняя продолжительность госпитализации составила 1,7 ± 0,8 койко-дня. Радиойодлечение проведено трем больным. По данным сканирования очагов накопления радиофармпрепарата в ложе ЩЖ не выявлено. Период наблюдения за больными колебался от 2 до 13 мес, в среднем 4,5 ± 3,7 мес, медиана четыре месяца. У 10 больных после тиреоидэктомии определен уровень базального тиреоглобулина в сыворотке крови, его уровень колебался от 0,1 до 0,4 нг/мл, в среднем 0,18 ± 0,13 нг/мл, медиана 0,1. Не выявлено ни одного случая рецидива.

Выводы. Видеоассистированные операции при лечении высокодифференцированного рака ЩЖ у детей и подростков продемонстрировали свою эффективность и безопасность за счет хорошей интраоперационной визуализации, позволили улучшить послеоперационную реабилитацию и сократить время пребывания больного в стационаре.

Серологические маркеры вируса Эпштейна-Барр в диагностике рака носоглотки при невыявленном первичном очаге

Сенюта Н.Б., Игнатова А.В., Ломая М.В., Душенькина Т.Е., Смирнова К.В., Мудунов А.М., Гурцевич В.Э.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Доказано, что вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) является этиологическим агентом ряда злокачественных патологий человека, в том числе рака носоглотки (РНГ). Тестирование на IgA и IgG антитела к вирусному капсидному (ВКА) и раннему (РА) антигенам ВЭБ при массовом обследовании населения эндемичных регионов (Китай, страны Юго-Восточной Азии) доказало высокую диагностическую ценность этих серологических маркеров для выявления недифференцированной формы рака носоглотки (нРНГ). Цель нашего исследования заключалась в разработке объективного метода диагностики нРНГ в неэндемичном регионе с помощью гуморального ответа к ВЭБ.

В работе использовали сыворотки больных с подозрением на нРНГ, в которых методом непрямой иммунофлуоресценции определяли титры IgG и IgA антител к ВКА и РА антигенам ВЭБ. С помощью многофакторного анализа типичных вариантов серологического ответа к ВЭБ у больных нРНГ нам удалось сформулировать решающее правило (РП) для диагностики этих больных при невыявленном первичном очаге.

Анализ гуморального ответа к ВЭБ с применением РП у 77 больных с клинически подтвержденным диагнозом нРНГ позволил подтвердить этот диагноз у 73 из них (94,8%). При этом у 7,6% (13/171) пациентов с другими опухолями головы и шеи (ДОГШ) выявлены ложноположительные случаи, а вместе с инфекционными заболеваниями у 6,5% (15/231). В сыворотках больных туберкулезом и доноров крови не было обнаружено ни одного позитивного случая (83 случая). Кроме того, возможность использования РП для дифференциальной диагностики нРНГ оценили при изучении сывороток крови 32 больных с патологически измененными шейными лимфатическими узлами без выявленного первичного очага опухоли. У 11 из 32 больных на основании РП был установлен диагноз нРНГ. В 2 случаях был обнаружен ложноотрицательный результат (2/32; 6,3%), при этом низкие титры антител к антигенам ВЭБ были обнаружены в опухолевых биоптатах с клетками нРНГ, хотя локализация опухоли на момент исследования оставалась неизвестной.

Выполненные исследования показали, что РП позволяет с высокой степенью достоверности (>90%) дифференцировать нРНГ от ДОГШ и других патологий, не ассоциированных с ВЭБ, и при метастазировании опухоли в лимфоузлы шеи из невыявленного первичного очага. Однако эффективную диагностику нРНГ может обеспечить лишь комплексный подход, включающий серодиагностику, морфологический и инструментальные методы обследования указанных больных.

Биологические эффекты и безопасность лизата тромбоцитов (ЛТ) человека в *in vitro* и *in vivo* тестах

Сергеева Н.С., Шанский Я.Д., Свиридова И.К., Кирсанова В.А., Ахмедова С.А.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Москва

Перспективы использования клеточной терапии и тканевой инженерии требуют разработки безопасной технологии культивирования клеток без использования ксеногенных продуктов, в частности эмбриональной телячьей сыворотки (ЭТС). Альтернативой ЭТС может стать ЛТ, богатый факторами роста (ФР) и другими биологически активными веществами.

Цель исследования: охарактеризовать качественный и количественный состав ЛТ как ростовой добавки, разработать технологию его получения и использования для

культивирования клеток человека разных типов и принципы его стандартизации.

Материалы и методы. ЛТ получали из тромбоцитарной массы 193 доноров (патент). Характеристика состава включала биохимический и иммуноферментный анализ (гормоны, TGF-β1, VEGF, PDGF AA/BB/AB, IGF-1). При исследовании свойств ЛТ как ростовой добавки использовали иммортализованные фибробласты человека, ММСК из жировой ткани и линии опухолевых клеток человека (MCF-7, HEp-2, HT-29, HCT-116). Динамику клеточных популяций оценивали МТТ-тестом. Влияние ЛТ на степень клеточной кооперации и целостность ДНК (метод «ДНК-комет») изучали совместно с лабораторией химического канцерогенеза РОНЦ им. Н.Н.Блохина. Методические подходы к пулированию и стандартизации ЛТ разрабатывали на основе его функциональной активности. Все исследования ЛТ проводили в сравнении с ЭТС.

Результаты. Содержание в ЛТ компонентов липидного и белкового обмена оказалось выше, а минеральных компонентов – ниже, чем в ЭТС. Концентрации инсулина и половых гормонов в ЛТ были в несколько раз выше, чем в ЭТС. Содержание ФР в ЛТ в 10-100 раз превосходило таковое в ЭТС. ЛТ поддерживал пролиферацию нормальных и опухолевых клеток in vitro в сходных с ЭТС концентрациях, стимулировал восстановление клеточного монослоя и не влиял на пластичность ММСК, не вызывал повреждение ДНК и несколько ослаблял межклеточные контакты. Кривые термочувствительности ЛТ и ЭТС принципиально различались.

Совокупность полученных данных позволяет заключить, что ЛТ может стать адекватной заменой ЭТС, однако за его свойства как ростовой добавки отвечает отличный от ЭТС коктейль биологически активных веществ.

Комплексная лучевая диагностика рака оперированного желудка в амбулаторных условиях

Серов О.В., Алтынова А.Ф., Амосова А.Ф., Рябова В.Ю., Хуснияров М.Х.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Башкортостан, Уфа

Рак оперированного желудка (РОЖ) является особым видом злокачественного поражения, являющегося следствием рефлюкса щелочного кишечного содержимого в кислую среду культи желудка или возобновлением роста ранее удаленной опухоли.

Основной целью нашей работы была оптимизация комплексной диагностики РОЖ в амбулаторных условиях для своевременного выявления данной патологии. Нами было обследовано 74 больных в возрасте от 39 до 72 лет с далее верифицированным первичным и рецидивным раком оперированного желудка, из которых основное количество составили мужчины (59 чел., 79,7%). Во всех случаях имелась аденокарцинома разной степени зрелости. В комплексе применяемых методов были представлены рентгеноскопия желудка, трансабдоминальное УЗИ, КТ с искусственным внутривенным усилением, компьютеризированная фиброгастроскопия с биопсией (ФГС), а также эндосонография и магнитно-резонансная томография по показаниям.

Первичный рак оперированного желудка был диагностирован у 27 (36,5%) пациентов, основное число наблюдений пришлось на период свыше 15 лет (23 пациента, 85,2% от числа первичного рака) после операции. Рецидивный рак оперированного желудка был обнаружен у 47 (63,5%) больных в интервале от 1 до 7 лет после радикальной резекции желудка по поводу ракового процесса, основное число которых пришлось на время до 1 года после хирургического вмешательства (39 чел., 83,0% от числа рецидивных опухолей). Принципиальных отличий в проявлениях обеих форм РОЖ нами отмечено не было.

Собственно экзофитный рак имел место только в 8 (10,8%) случаях, эндофитный поверхностно-стелющийся рак встретился в 18 (24,3%) наблюдениях, эндофитный глубокий (подслизистый) интрамуральный рак был обнаружен у 23 (31,1%) больных, распознавание данной формы РОЖ требовала наибольшей концентрации усилий врачей-диагностов; экзоорганный (периветрикулярный) рак был выявлен у 25 (33,8%) больных и представлял собой смешанную форму роста опухоли, как в направлении просвета органа, так и в окружающие ткани. Количество наблюдений с максимальной вероятностью ошибки при применении комплекса, состоящего только из рентгеноскопии и ФГС с биопсией, составило 41 (55,4%) случай.

В целом, комплексная лучевая диагностика рака оперированного желудка, интегрированная с эндоскопическим обследованием и биопсией, создает необходимые гарантии для своевременного и одномоментного распознавания этой патологии.

Возможности ОФЭКТ КТ скелета в диагностике костной патологии

Серов О.В., Яценко Т.Г., Хуснияров М.Х.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Башкортостан, Уфа

От своевременного выявления костных метастазов зависит продолжительность и качество жизни пациентов. Сцинтиграфия скелета имеет особое значение для раннего выявления метастазов в кости, однако ее высокая чувствительность сочетается с относительно низкой специфичностью. Возможностью разграничить злокачественные и доброкачественные процессы обладает ОФЭКТ/КТ.

Мы провели ретроспективный анализ результатов радионуклидного исследования костной системы с 2012 по 2016 гг. у 14 675 пациентов. В исследуемую группу вошли больные с верифицированными новообразованиями, которым была выполнена сцинтиграфия скелета в порядке планового наблюдения первично или повторно. Сцинтиграфия скелета выполнялась по стандартной методике с радиофармпрепаратом Пирфотех, Тс 99 м на системе

комбинированной ОФЭКТ/КТ Discovery NM CT 670 (GE, Израиль).

При анализе протоколов исследований, уверенное заключение было выдано в 13 369 (91,1%) случаях. Остальным 1306 (8,9%) больным потребовалось дополнительное обследование в связи с неоднозначными результатами остеосцинтиграфии. Им было выполнено ОФЭКТ/КТ исследование.

При проведении ОФЭКТ/КТ подтверждено наличие метастатического поражения у 534 пациентов (40,9%). У 761 больных (58,3%) изменения в костях были расценены как дегенеративно-дистрофические, посттравматические либо инфекционные. В 11 случаях (0,8%) структурных изменений костей в очагах с повышенным накоплением РФП выявлено не было. Эти пациенты взяты на динамическое наблюдение. Им были повторно выполнены сцинтиграфия скелета и ОФЭКТ/КТ в сроки от 3 до 5 мес. При этом в 5 случаях из 11 деструктивные изменения в костях на КТ появились через 3–5 мес, после манифестации их на ОФЭКТ. В остальных случаях – фиксация радиофармпрепарата в визуализируемых ранее очагах оставалась на прежнем уровне, либо снизилась. Деструктивных изменений при совмещении с КТ не было выявлено, изменения в костях были расценены как неспецифические.

Таким образом, высокая информативность ОФЭКТ/КТ подтверждается обнаружением костных метастазов в наиболее сложных диагностических случаях, что позволяет значительно сократить число неопределенных заключений и ускорить диагностический процесс.

Прогнозирование эффективности химиотерапевтического лечения метастатического колоректального рака

Сеферов Б.Д., Филоненко Т.Г., Федотов В.В., Проняков В.И.

Медицинская академия им. С.И.Георгиевского, Симферополь;
Крымский федеральный университет им. В.И.Вернадского, Симферополь

Метастатический колоректальный рак остается одной из наиболее актуальных проблем современной онкологии. Более половины пациентов при первичном обращении уже имеют местно-распространенный или метастатический опухолевый процесс. В подавляющем числе случаев необходимо проведение курсов химиотерапии. Прогнозирование эффекта от планируемой химиотерапии является важным этапом лечения. Мы изучили патогистологический материал 78 пациентов с метастатическим колоректальным раком. Было проведено иммуногистохимическое исследование с маркерами KI-67, iNOS, VEGFR в корреляции с клинико-инструментальными данными. Ответ опухоли на лечение определялся согласно критериям RECIST 1.1. Оценка проводилась после каждых 2-х курсов полихимиотерапии. Пациенты до начала лечения сдавали сывороточные онкомаркеры: РЭА, СА-19-9. Была создана шкала оценки агрессивности опухоли. Так, прогнозируемая высокая эффективность химиотерапии при коэффициенте от 0 до 3, средняя – от 4 до 6, низкая – от 7 до 9. Пациентам с ожидаемой высокой эффективностью ПХТ назначались курсы в режиме FOLFOX-6. Ослабленным, пожилым пациентам рекомендовалась метрономная терапия капецитабином. В группе промежуточного прогноза также проводились курсы в режиме FOLFOX-6, но с частым контролем уровня онкомаркеров и ультразвуковым исследованием. У пациентов с ожидаемой низкой эффективностью химиотерапии в первую очередь рассматривались аблятивные процедуры (РЧТА, эмболизация), либо проведение химиотерапии с потенциированием (локальная гипертермия). Была выявлена высокая прогностическая значимость иммуногистохимического маркера гипоксии iNOS. Следует отметить, что у пациентов с гиперэкспрессией данного маркера, лишь в 12% случаев был достигнут частичный ответ, в 16% – стабилизация, в 72% – прогрессия заболевания на фоне проводимой химиотерапии; отсутствовал полный ответ. Полученная информация имеет большое значение при попытке проведения предоперационной химиотерапии, с целью перевода метастатического процесса в операбельное состояние. Таким образом, сочетание неблагоприятных факторов (высокие значения сывороточных маркеров, гиперэкспрессия iNOS) может на этапе планирования показать бесперспективность химиотерапии.

Малоинвазивные методики в лечении подслизистых новообразований пищевода и их комплексная гистологическая и имуногистохимичекая характеристика

Сигал Е.И., Бурмистров М.В., Сигал Р.Е., Сабиров А.Г.

Республиканский клинический онкологический диспансер, Казань

Актуальность. В дифференциальной диагностике GIST и гладкомышечных опухолей (лейомиом и лейомиосарком) имеет значение практически отсутствие экспрессии десмина в GIST, а также стромальные опухоли являются CD117, c-kit позитивными и обладают экспрессией CD34.

Лейомиомы желудочно-кишечного тракта авторы разделяют на 2 типа: интрамуральные лейомиомы пищевода и полиповидные лейомиомы мышечной пластинки слизистой в толстой киш

Материалы и методы. Изучены клинико-морфологические данные о 51 пациенте с диагнозом «доброкачественная подслизистая опухоль пищевода», которые находились на лечении в «Республиканском клиническом онкологическом диспансере» МЗ РТ с 1988 по 2015 год. По локализации новообразования распределились следующим образом: У 4 пациентов опухоль находилась в верхней трети грудного отдела пищевода, у 24 пациентов новообразование локализовалось в средней трети грудного отдела пищевода, у 18 пациентов опухоль была в нижней трети грудного отдела пищевода.

Всем пациентом было проведено: фиброэзофагогастродуоденоскопия, эндоскопическая ультрасонография, рентгенскопия пищевода, компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости, ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Хирургическое лечение – энуклеация подслизистого новообразования была выполнена всем пациентам.

Весь операционный материал подлежал рутинному гистологическому и имуногистохимическому исследованию.

Результаты. Из 51 случая заболевания подслизистыми новообразованиями пищевода, 45 составили лейомимомы , 4 случая кисты пищевода, и 2 случая липомы.

Все подслизистые новообразования пищевода подвергались патогистологическому и имуногистохимическому исследованию, во всех случаях была верифицирована лейомиома пищевода: в 45 случаях не выявлялось экспрессии CD 117, c-kit и CD 34 – негативные опухоли, так же индекс пролиферации Ki 67 составил от 0,1–3%, что позволило диагностировать лейомиому с низким процентом озлакачествляемости.

Выводы:

1) Полученные данные свидетельствуют о преобладании лейомиом среди различных подслизистых образований пищевода, что позволяет активно внедрять малоинвазивные хирургические вмешательства в лечении данной патологии.

2) Учитывая ретроспективные данные гистологических и имууногистохимических исследований, а именно доброкачественную морфологию новообразований, хирургическое лечение лейомиом достаточно в объеме их энуклеации.

Эффективность вторичной профилактики в группе высокого онкологического риска – членов «раковой семьи»

Синкина Т.В., Петрова В.Д., Димитриади Ю.Н., Лазарев А.Ф.

Алтайский филиал Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул;
Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул

Актуальность. Программа модернизации здравоохранения, направленная на снижение смертности от злокачественных заболеваний (ЗН), может быть достигнута за счет ранней диагностики и профилактики. Эффективность профилактических мероприятий возрастает при формировании групп риска по развитию ЗН. Целенаправленный поиск заболеваний в сформированных группах высокого риска позволяет своевременно диагностировать и лечить пациентов с факультативной и облигатной предраковой патологией, а также выявлять ЗН на ранних стадиях.

Цель исследования: оценить эффективность выявляемости злокачественных новообразований в группе высокого онкологического риска (членов «раковых семей») при проведении вторичной профилактики.

Материал и методы. В отделении профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований формируется регистр предрака высокого онкологического риска членов «раковых семей» – лиц, имеющих 3 и более кровных родственников, страдавших ЗН – 6592. Из них: 1879 мужчин и 4713 женщин в возрасте от 18 до 82 лет. Пациенты проходят диспансерное наблюдение и реабилитационное лечение, согласно разработанным алгоритмам.

Результаты. По результатам работы, общая выявляемость ЗН среди пациентов членов «раковых семей» регистра предрака высокого риска составила 10,3% (681 ЗН, из них 624 у женщин и 57 у мужчин); удельный вес ранних форм ЗН (I–II стадии) среди впервые выявленных случаев – 97,7%, в III стадии – 2,3% (16 случаев). Все опухоли визуальных локализаций были выявлены в I и II стадиях. Кроме того, у 24 человек ЗН были выявлены в стадии *in situ.* Структура ЗН разнообразна. Наиболее часто встречались ЗН молочной железы (27,9%), кожи (22,2%), щитовидной железы (12,7%), ободочной кишки (9,5%) и почки (9,1%).

Заключение. Целенаправленный поиск заболеваний в сформированной группе высокого онкологического риска позволяет устранять и излечивать факультативную и облигатную предраковую патологии, а также проводить раннюю диагностику ЗН.

Стабильно высокая выявляемость злокачественных новообразований (10,3%) в группе членов «раковой семьи», а также выявляемость ЗН преимущественно на ранних стадиях (I и II ст. – 97,7%), свидетельствует об эффективности вторичной профилактики именно в группе высокого онкологического риска.

Роботизированная фокусированная высокоинтенсивная ультразвуковая абляция (HIFU) рака простаты: 1250 пациентов 10 лет наблюдений

Соловов В.А., Фесенко Д.В., Воздвиженский М.О., Орлов А.Е., Матяш Я.С.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара

Цель. Оценить эффективность HIFU-терапии больных раком предстательной железы (РПЖ) и с местным рецидивом после дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) и радикальной простатэктомии (РПЭ). Риск прогрессии РПЖ оценивался в соответствии с классификацией D'Amico.

Материалы и методы. В ретроспективный анализ включены результаты лечения 1250 пациентов, которым была выполнена HIFU-терапия в Самарском онкологическом диспансере с 2007 по 2017 год. Из них: пациентов с низким риском прогрессии 359 (28,6%), с промежуточным риском 375 (30,0%), с высоким риском прогрессии 467 (37,4%), с местным рецидивом РПЖ после ДЛТ и РПЭ – 49 (4,0%). 985 (78,8%) пациентов была выполнена трансуретральная резекция простаты (ТУРП) перед HIFU для уменьшения объема простаты. 265 (21,2%) проведена

только HIFU-терапия (объем простаты <40 куб.см). Средний период наблюдения составил 69 мес (диапазон 3–119). Средний возраст пациентов – 68,4 (52–89) лет.

Результаты. Средний уровень ПСА через 72 месяца после лечения HIFU составил 0,5 (0,0–3,7) нг/мл – группе с низким риском прогрессии, 1,04 (0,2–6,5) нг/мл – в группе со средним риском, 3,5 (0–21,2) нг/мл для группы с высоким риском, 1,7 (0,0–9,9) нг / мл в группе с рецидивом ДЛТ и РПЭ. После 10 лет наблюдения у пациентов с низким риском прогрессия отмечалась у 6 %, с промежуточным риском у 8%, с высокой степенью риска у 37,2%, с рецидивом после ДЛТ и РПЭ у 19,7%. Анализ по Каплан-Мейеру показал, что безрецидивная выживаемость после 10 лет наблюдения составила 84,2%.

После лечения отмечались следующие осложнения: недержание I степени – 17,6%, недержание II степени – 7,7%, стриктура уретры – 18,4%, ректоуретральный свищ – 0,4%. Осложнения купировались в течение трехшести месяцев.

Выводы. HIFU терапия является безопасным, минимально инвазивным методом лечения локализованного и местно-распространенного рака предстательной железы с 10-летней безрецидивной выживаемостью 84,2%. HIFU-терапия также эффективна у пациентов с местным рецидивом после РПЭ и ДЛТ.

Метастазы сарком в легкие. Роль хирургии и лучевой терапии в комплексном лечении

Стародубцев А.Л., Курильчик А.А., Рагулин Ю.А., Мардынский Ю.С., Гуменецкая Ю.В., Зубарев А.Л., Усачев В.С., Кудрявцев Д.В., Иванов В.Е., Смоленов Е.И.

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф.Цыба – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Обнинск

С 2004 года по 2016 год в МРНЦ, выявляя легочные метастазы сарком опорно-двигательного аппарата на различных этапах лечения, а также в процессе последующего наблюдения за больными, проводилось комбинированное или комплексное лечение при наличии соответствующих показаний.

В плане комплексного лечения, в случае сомнения в резектабельности очага в легком, применялась предоперационная дистанционная лучевая терапия на метастаз 2 раза в день с интервалом 4 часа через день в РОД 3 Гр до СОД 30 Гр с целью циторедукции и абластики.

Всего выполнено 91 оперативное вмешательство у 62 больных. Чаще выполнялась прецизионная резекция легких, одному больному выполнена пневмонэктомия. Видеоторакоскопическая техника применялась в 17 случаях. Одномоментно удалялось от 1 до 103 метастазов. Дважды оперированы 16 больных, трижды – 2, четыре вмешательства – у 2 больных, шесть раз оперирован 1 пациент. Срок наблюдения за больными составляет от 8 до 154 мес. 29 больных умерло от прогрессирования заболевания. Трехлетняя и пятилетняя выживаемость после комбинированного лечения составила 46 и 41% соответственно. Медиана выживаемости – 32 мес. Осложнения: пневмонии с абсцедированием – в 5 (5,5%) случаях, стойкий пневмоторакс – после 7 (7,6%) операций, все осложнения купированы консервативно. Послеоперационной летальности не было.

Выводы. Комбинированное лечение генерализованных форм сарком опорно-двигательного аппарата позволяет в ряде случаев добиться длительной ремиссии и существенно продлить жизнь.

Хирургический метод показан как при солитарных так и при множественных метастазах в легких и должен сочетаться с системным воздействием (ПХТ) и, по показаниям, с дополнительным локальным воздействием (ДЛТ) на метастазы.

Прецизионная резекция является адекватным и функционально щадящим методом хирургического лечения метастазов в легких и не сопровождается тяжелыми послеоперационными осложнениями.

Независимо от локализации первичной опухоли, удаление всех определяемых проявлений опухоли является ключом к улучшению показателей выживаемости.

Влияние морфологических параметров опухоли на частоту лимфогенного метастазирования при раке прямой кишки

Степанов И.В.[1,2], Алтыбаев С.Р.[2], Рачковский К.В.[2], Завьялова М.В.[1,2], Вторушин С.В.[1,2], Сорокин Д.А.[1], Афанасьев С.Г.[1]

[1]НИИ онкологии Томского национального исследовательского медицинского центра РАН, Томск; [2]Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Цель исследования – изучить влияние феномена ретракции в ткани опухоли при раке прямой кишки (РПК) на частоту метастатического поражения регионарных лимфатических узлов (РЛУ). Исследовался операционный материал от 149 больных РПК T1-4N0-2M0 стадий, получавших лечение в 2000–15 гг. Средний возраст – 57,6 ± ± 9,3 года. Морфологическому исследованию по стандартной методике с применением светового микроскопа Carl Zeiss Axio Lab.A1 (Германия) и окраской гематоксилином и эозином подвергалась ткань первичной опухоли. Гистологический тип РПК устанавливался согласно рекомендациям ВОЗ (2010), включались только случаи с аденокарциномой. В паренхиматозном компоненте опухоли в слизистом, подслизистом, мышечном и серозном/адвентициальном слоях выделяли железистоподобные, кribрозные, солидные структуры и дискретные группы опухолевых клеток. Вокруг каждого из типов паренхиматозных структур опухоли, располагающихся на разной глубине инвазии, определялось наличие ретракции, которой считали артефициальную «щель» между клетками ука-

занных структур и окружающей стромой. Для оценки метастатического поражения исследовались все удаленные лимфоузлы. Исследование частоты лимфогенного метастазирования в зависимости от наличия ретракции вокруг разных структур паренхиматозного компонента опухоли показало, что метастазы в РЛУ обнаруживались значимо чаще при наличии ретракции вокруг солидных, железистоподобных структур или групп опухолевых клеток, располагающихся в мышечном слое – 60% (χ^2 = 4,8; p = 0,02); (60%; χ^2 = 4,0; p = 0,04). и 55% (χ^2 = 7,6; p = 0,005) соответственно. Наличие ретракции вокруг этих структур, располагающихся в других слоях стенки кишки, не связано с частотой лимфогенного метастазирования. Связи между наличием метастазов в РЛУ и ретракционной щели вокруг криброзных или солидных структур в любом из слоев стенки кишки не определялось. Таким образом, наличие феномена ретракции вокруг опухолевых структур при раке прямой кишки может иметь прогностическое значение, поскольку ассоциировано с риском метастатического поражения регионарных лимфатических узлов. Определение данного морфологического параметра необходимо проводить с учетом морфологической гетерогенности опухоли и глубины инвазии, поскольку обнаруженная закономерность прослеживается только в отношении железистоподобных, солидных структур и дискретных групп опухолевых клеток, располагающихся в мышечном слое прямой кишки.

Диагностика опухолей у новорожденных детей

Степанова Т.В., Трубникова Г.В., Юдина Н.Б.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, Воронеж

По данным некоторых исследований, заболеваемость злокачественными новообразованиями в неонатальном периоде составляет 1,8–3,6 на 100 000 живорожденных детей. В 40% случаев опухоль выявляется уже при рождении. Наиболее часто диагноз устанавливался в течение первого месяца жизни. Отмечено нередкое сочетание пренатальных опухолей с мальформацией различных локализаций.

Цель исследования: изучить возможности ранней диагностики и структуру новообразований у новорожденных детей.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 2154 пациентов в возрасте от 6 до 28 дней отделения патологии новорожденных с 2009 по 2011 гг.

Результаты. За указанный период выявлено 108 случаев новообразований у новорожденных детей. Преобладающими были гемангиомы – у 82 (75,9%) пациентов. Другие новообразования диагностированы в 26 (24,1%) случаях. Структуру других составили тератомы (2,7%), а также опухоли почки (2,7%), ротовой полости (1,85%), печени (4,6%), надпочечников (1,85%), мозга (0,9%), глаза (0,9%), яичника – 1 (0,9%), брюшной полости (2,7%), мягких тканей (0,9%). Следует отметить, что в 20% случаев предполагаемый диагноз был предсказан на основании ультразвукового исследования, и определена локализация опухоли в пренатальном периоде. При динамическом контроле в 5,4% случаев, удалось уточнить наличие кистозных образований и мальформаций, а у 3,7% пациентов подтвердить злокачественный характер опухоли и провести оперативное лечение.

Заключение. Выявляемость о пухолей у детей в неонатальном и, особенно, в пренатальном периоде зависит от профессионализма специалистов, диагностических ресурсов и определенной настороженности врачей педиатров и неонатологов. Расширить возможности ранней диагностики и определить правильную тактику ведения новорожденных детей с новообразованиями позволит междисциплинарное взаимодействие неонатологов, онкогематологов, детских хирургов, специалистов визуальной диагностики, морфологов.

Сравнительная характеристика структуры опухолей головного мозга у детей. По данным регистра воронежской области

Степанова Т.В., Трубникова Г.В., Соловьева М.А., Белянская М.В., Рябова Е.А., Юдина Н.Б.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, Воронеж;
Областная детская клиническая больница №1, Воронеж

Опухоли ЦНС занимают второе место после острых лейкозов у детей. Актуальным остается изучение эпидемиологии, структуры и вопросов лечения пациентов с опухолями ЦНС.

Цель работы: изучить и сравнить структуру опухолей ЦНС у детей, получавших комплексное лечение за два десятилетия.

С 1993 по 2013 годы в онкогематологическом отделении ОДКБ г. Воронежа наблюдалось 99 пациентов с опухолями головного мозга. С 1993 по 2004 г. пролечено 26 пациентов (16 мальчиков и 10 девочек, медиана возраста – 7,9 лет). 16 из них поступили с первичной опухолью, 10 детей имели рецидив заболевания. Гистологически опухоли верифицированы как медуллобластома (3 детей), анапластическая эпендимома (2), астроцитома II–III грейдинг, (4), глиобластома (2), ПНЭО (1), прочие (7), в 7 случаях опухоль не была верифицирована. У 11 детей диагностирована M0 стадия (42,3%), у 15 (57,7%) – M1-M3.

С 2003 по 2013 гг. в отделении наблюдалось 73 первичных пациента (37 мальчиков и 36 девочек, медиана возраста – 9,6 лет). У всех больных морфологическая верификация проводилась в Федеральном центре. Гистологически опухоли идентифицированы как медуллобластома – у 20 детей, анапластическая эпендимома – у 5, астроцитома II–III грейдинга – у 12, анапластическая астроцитома у 4, глиобластома у 5, ПНЭО – 4, АТРО у 3, пинеобластома – у 1, герминогенная опухоль у 2, гистиоцитарная саркома в одном случае. У четырех детей была

выявлена глиома зрительного нерва на фоне нейрофиброматоза. Больные с неверифицированной опухолью ЦНС вследствие ее неоперабельности были представлены в 2 случаях супраселлярной опухолью, в 12 – опухолями ствола головного мозга. M0 стадия диагностирована у 59,2% детей, M1-M3 – в 40,8% случаях.

При сравнении 2 периодов наблюдения, можно отметить увеличение числа пациентов с опухолями ЦНС. До 2004 года большая часть больных поступала на химиотерапию уже с рецидивами заболевания. В последнее десятилетие, по-видимому, улучшилась диагностика опухолей изменилась тактика ведения больных вследствие активного междисциплинарного взаимодействия с нейрохирургами, неврологами, морфологами.

Активность ломустина при трансплантированном интракраниально HER2-положительном раке молочной железы у трансгенных мышей FBV/N

Стуков А.Н.[1], Семиглазова Т.Ю.[1], Филатова Л.В.[1], Латипова Д.Х.[1], Вершинина С.Ф.[2], Иванцов А.О.[1], Беспалов В.Г.[1], Беляева О.А.[1], Киреева Г.С.[1], Майдин М.А.[1], Семёнов А.Л.[1], Тындык М.Л.[1], Чубенко В.А.[3], Абдулоева Н.Х.[3], Панченко А.В.[1], Анисимов В.Н.[1]

[1]НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова Минздрава России, Санкт-Петербург;
[2]Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Минздрава России, Санкт-Петербург;
[3]Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический), Санкт-Петербург

Актуальность. HER2-положительный рак молочной железы у человека характеризуется высокой частотой метастазирования в головной мозг. В связи с этим целесообразно исследование действия на HER2-положительные опухоли препаратов, используемых в терапии интракраниальных метастазов.

Цель. Изучение активности ломустина на модели трансплантированного интракраниально перевиваемого сингенного HER2-положительного инвазивного рака молочной железы у трансгенных мышей FBV/N.

Материалы и методы. Исследование проводилось на мышах-самках трансгенной линии FBV/N, несущих онкоген рецептора 2 эпидермального фактора роста (HER2). Всем мышам (n = 22) был трансплантирован интракраниально сингенный перевиваемый HER2-положительный рак молочной железы. Через 24 часа после перевивки 10 мышам был введен ломустин в дозе 50 мг/кг однократно перорально в растворе крахмала, 12 мышам контрольной группы был введен перорально раствор крахмала. Результаты оценивали по выживаемости животных.

Результаты. У мышей трансгенной линии FBV/N с трансплантированным интракраниально сингенным HER2-положительным раком молочной железы медиана продолжительности жизни под влиянием однократного введения ломустина в дозе 50 мг/кг возросла по сравнению с контролем на 43% (с 21 до 30 дней; $p < 0,001$). К 27 дню после перевивки, когда погибли все 12 мышей в контроле, из 10 мышей, леченных ломустином, оставались живы 7 (70%; $p = 0,0007$).

Вывод. Высокий терапевтический эффект ломустина при HER2-положительном раке молочной железы у мышей, возможно, объясняется биологическими особенностями этой опухоли и позволяет считать целесообразным клиническое изучение ломустина при HER2-положительных новообразованиях в клинической практике.

Характеристики метаболической активности различных гистологических типов лимфомы ходжкина

Субботин А.С., Афанасьева Н.Г., Важенина Д.А., Калантаев Д.Б., Зотова А.С., Чиркова М.С.

Челябинский окружной клинический онкологический диспансер, Челябинск

ПЭТ-КТ в настоящее время имеет важное клиническое значение при лимфоме Ходжкина и применяется как для первичного стадирования и рестадирования опухоли, так и для оценки динамики проводимого лечения.

Цель исследования: определение частоты встречаемости низкой метаболической активности опухолевой ткани при лимфоме Ходжкина и изучение характеристик накопления ФДГ при различных типах лимфомы Ходжкина.

В ПЭТ-центре ГБУЗ ЧОКОД за период 2011–2015 гг. было проведено 131 ПЭТ-КТ исследование по стандартной методике с целью первичного стадирования пациентам с гистологически верифицированной лимфомой Ходжкина. Распредление по гистологическим типам: нодулярный склероз – 68 пациентов (52%), смешанно-клеточный вариант – 35 пациентов (27%), лимфоидное истощение – 13 пациентов (10%), лимфоидное преобладание – 7 пациентов (5%); неклассическая лимфома Ходжкина – 8 пациентов (6%). У 64 пациентов отсутствовали «B-симптомы», у 67 пациентов – имелись.

Результаты. У 5 пациентов (4%) в пораженных лимфатических узлах определялось накопление ФДГ равное или меньшее накоплению ФДГ паренхимой печени. Во всех случаях отмечалось увеличение пораженных лимфатических узлов. У всех пациентов с низкой метаболической активностью пораженных лимфатических узлов отсутствовали «B-симптомы». Наиболее высокий уровень накопления наблюдался при нодулярном склерозе (среднее значение SUVmax 14,2 ± 0,9) и смешанно-клеточном варианте (13,1 ± 1,1). При неклассической лимфоме Ходжкина среднее значение SUVmax было наиболее низким – 9,8 ± 2,1. У пациентов без «B-симптомов» среднее значение SUVmax составило 10,1 ± 0,8, у пациентов с «B-симптомами» – 16,3 ± 0,9.

Выводы. В 4% случаев наблюдалась низкая метаболическая активность опухолевой ткани при лимфоме Ходжкина. У пациентов с «B-симптомами» метаболическая активность опухолевой ткани в среднем выше, чем у

пациентов без них. Наиболее высокая метаболическая активность характерна для нодулярного склероза и смешанно-клеточного варианта, наиболее низкая – для неклассической лимфомы Ходжкина.

Пропаганда здорового стиля жизни как профилактика злокачественных новообразований

Суворов В.В., Игитов В.И.

Алтайский государственный педагогический университет, Барнаул;
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

По данным МАИР (Лион, Франция) около 30% всех случаев злокачественных опухолей (независимо от локализации), прямо или косвенно связаны с табакокурением. В 2013 г. в России было 39% курящих среди населения, в Индонезии – 35%, в Китае – 28%, в США – 22%, в Индии – 14%. Поэтому борьба с этой вредной привычкой является общегосударственной задачей. С целью выявления распространения табакокурения среди учащихся в АлтГПУ в течение ряда лет были анкетированы 879 студентов 1–2 курсов шести факультетов (институтов). Разработка анкеты проводилась совместно с медицинским университетом (АГМУ), который предоставил информацию о медицинских последствиях табакокурения, которое является причиной развития целого ряда заболеваний, включая атеросклероз, ИБС, инфаркт миокарда и пр. В частности выявляли: возраст начала курения, побуждающие мотивы, ощущения при первом опыте табакокурения, сколько тратят «на сигареты»… Анкетирование сопровождали беседой с демонстрацией соответствующих фото- и видеоматериалов, кратким описанием некоторых заболеваний связанных с привычным табакокурением (рак легкого, эндартериит и др.), что являлось раздаточным материалом. Проводимое повторное анкетирование тех же групп студентов (уже на 2–3 курсах) показало, что около 5,8% курящих студентов и 6,2% студенток бросили курить под влиянием информации, полученной во время первого анкетирования. В начале учебной практики в школах студенты проводили подобные опросы среди учеников 8–9-х классов и аналогичные беседы о вреде табакокурения, используя полученный «раздаточный» материал. По данным проведенного в конце учебной практики анкетирования школьников выявлено, что среди мальчиков и девочек процент курящих также снизился. Вывод: Проводимая работа по борьбе с табакокурением позволит своевременно исключить из жизни некоторых учащихся такой вредный фактор как табакокурение. В свою очередь, уменьшение числа курящих людей снизит процент страдающих злокачественными новообразованиями и, как следствие этого, повысит продолжительность жизни населения в целом.

Оптимизация комбинированного лечения и реконструкции у больных плоскоклеточным раком полости рта и глотки

Сукорцева Н.С.[1], Решетов И.В.[1], Варламова С.Е.[2]

[1]Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, НОКЦ центр реконстурктивно-пластической хирургии и онкологии, Москва;
[2]Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И.Бурназяна ФМБА России, Москва

Поиск наиболее эффективного лечения больных плоскоклеточным раком полости рта и глотки привел к использованию схемы ПХТ сочетанием TPF-таксанов в монорежиме и в сочетании с 5-ФУ и цисплатином, показавшие высокую эффективность. Схему TPF рекомендовано в основном применять у пациентов с местнораспространенным опухолевым процессом, чаще в паллиативных целях в сочетании с ДГТ одновременно или последовательно. Но отрицательные эффекты от лучевой терапии в виде тяжелых остеорадионекрозов костей лицевого скелета, нестабильности ортопедических стоматологических конструкций, ограничение использования реконструктивно-пластических вмешательств в зоне лучевой терапии послужило поиском для новой комбинации этих методов лечения. Такой комбинацией было выбрано применение схемы TPF в неоадьювантном режиме с последующим оперативным вмешательством. В 2014 г. нами начато 2-центровое рандомизированное открытое исследование. Вся группа пациентов (46 человек) с плоскоклеточным раком полости рта и глотки была разделена на 2 группы. Первая контрольная группа получала неоадъювантную химиолучевую терапию в режиме – 40–45 Грей и 5-ФУ с платиной, вторая основная группа получала неоадьювантную ПХТ по схеме TPF в предоперационном периоде 3–4 курса с оценкой в динамике. После операции при показателях патоморфоза 2 степени и выше пациенты основной группы получали еще 4 курса TPF. Подвергнуты анализу степень морфологического патоморфоза опухолевой ткани, объем оперативного вмешательства, частота осложнений, завершенность реконструкции, общая и безрецидивная выживаемость, локальный контроль. В группе пациентов получавших только ПХТ по схеме TPF количество сохранных операций оказалось выше, чем в группе химиолучевого лечения 13 из 20 в основной и 10 из 26 в контрольной. Количество осложнений при этом меньше во второй группе. Частота лечебного патоморфоза 3–4 степени в опухоли была гораздо выше в группе пациентов с неоадьювантной ПХТ, чем в группе химиолучевого лечения – 13 из 20 в основной группе и 12 из 26 в контрольной, что было подтверждено морфологически при исследовании операционного материала. В послеоперационном периоде пациентам из группы неоадьювантной химиотерапии продолжена ПХТ до 4–5 курсов. После окончания лечения данная группа

пациентов нами наблюдается в течение 1 года без прогрессирования и пациенты проходят ряд реконструктивных операций.

Опыт применения фторпиримидинов в химиолучевой терапии плоскоклеточного рака гортаноглотки

Султанбаев А.В., Сакаева Д.Д., Назифулин А.И., Попова Е.В., Султанбаева Н.И.

Республиканский клинический онкологический диспансер, Уфа

В химиолучевой терапии плоскоклеточного рака головы и шеи высокую эффективность в качестве радиомодификатора показали препараты фторпиримидинового ряда, среди которых наибольшее распространение имеет 5-фторурацил. Целью настоящего исследования явилось анализ эффективности применения фторафура в комбинации с лучевой терапии у больных раком гортаноглотки. Материалы и результаты исследования. Проведен анализ лечения 63 пациентов с III стадией рака гортаноглотки, которые проходили лечение с 2008 года. Все пациенты проходили 2 этапа химиолучевой терапии по схеме: лучевая терапия + цисплатин + фторафур. Облучение выполнялось в основной очаг и пути лимфооттока. Дистанционная лучевая терапия проводилась на аппарате SL-75 до СОД = 64 Гр, разовая доза облучения составляла 2 Гр. На первом этапе химиолучевой терапии доза облучения составляла СОД = 42 Гр в область первичного очага. На втором этапе лучевой терапии суммарная доза облучения составляла 24 Гр на пути лимфооттока. В качестве радиосенсабилизирующего препарата у пациенток для радиосенсабилизации использовали цисплатин и фторафур. Препарат цисплатин вводили внутривенно с интервалом 21 день из расчета 50 мг/м^2. Фторафур назначали per os во время проведения лучевой терапии из расчета 500 мг/м^2, что составляло 800 мг в сутки. Препарат фторафур назначался за 4 часа до лучевой терапии. Изучение частоты местно-регионарных рецидивов показал, что в группе пациентов без метастазов (T3N0M0) проходивших лечение в течении 1 года безрецедивный период отмечен у 75% пациентов. Среди пациентов без метастазов в регионарные лимфатические узлы годичная летальность составил 16,6%. В группе пациентов T3N1M0 безрецедивный период в течение 1 года составил у 53%. В общей группе пациентов T3N0-1M0 безрецедивный период в течении 1 года составил 61,3%. Выводы. Необходимо отметить, что применение лучевой терапии в сочетании с фторафуром и цисплатиной у больных раком гортаноглотки III стадии позволяет улучшать результаты лечения при стандартной ДГТ. Полученные результаты указывают на увеличение безрецидивного периода и продолжительности жизни пациентов при применении радиомодификаторов в комбинации с лучевой терапией.

Опыт применения тегафура в химиолучевой терапии рака шейки матки

Султанбаев А.В., Сакаева Д.Д., Султанбаева Н.И., Уразина А.Н.

Республиканский клинический онкологический диспансер, Уфа

В химиолучевой терапии злокачественных новообразований женских половых органов обоснованным остается применение радиомодификаторов.

Цель: изучение эффективности применения тегафура в лучевой терапии рака шейки матки.

Методы исследования. В группу исследования вошли первичные пациентки с морфологически подтвержденным раком шейки матки IIIb стадии. Лечение прошли 120 пациенток. Исследуемые группы: лучевая терапия (I группа); лучевая терапия + 5-фторурацил 500 мг/м2 + цисплатин 50 мг/м^2 (II группа); лучевая терапия + цисплатин 50 мг/м^2 + фторафур 500 мг/м^2 (III группа). В качестве радиосенсабилизирующего препарата во 2 группе пациенток использовали два препарата: цисплатин и фторурацил. В 3 группе пациенток для радиосенсабилизации использовали цисплатин и фторафур. Препарат цисплатин во 2 и 3 группах вводился дважды внутривенно из расчета 50 мг/м^2 на 1 и 22 дни. Во 2 группе пациенток фторурацил вводился внутривенно в дозе 500 мг/м^2 с 1 по 5 и с 22 по 26 дни. В третьей группе фторафур пациенты ежедневно принимали, per os, в течение всего курса лучевого воздействия. Пациентки проходили дистанционную лучевую терапию на аппарате SL-75 с СОД = 46 Гр, разовая доза облучения составляла 2 Гр. Внутриполостная гаммамтерапия проводилась на аппарате АГАТ-В.

Результаты исследования и выводы. При оценке результатов лечения отмечено, что в группе пациенток, получавших фторафур с цисплатиной на фоне лучевой терапии в течение 1 года живы 100%, а 2 года – 87,5% больных. Во II группе – в течение 1 года живы 100%, а 2 года 80%. В I группе больных в течение 1 года живы 82,5% пациенток, а 2 года – 67,5%. По результатам сравнительного анализа отмечено, что по длительности безрецидивного периода между I группой пациенток получавших лучевую терапию и III группой больных прошедших лучевую терапию в комбинации с фторафуром и цисплатиной определяются статистически значимые различия (p = 0,048). Между II и III, а так же I и II группами статистически значимых различий нет, p = 0,35 и p = 0,14 соответственно. Показатель годичной и 2-летней выживаемости в III группе пациенток оказалась выше в сравнении с I и II группами. Наименьший показатель 1-летней и 2-летней выживаемости отмечен в группе пациенток получавших только лучевую терапию. Проведение одновременной химиолучевой терапии у больных с раком шейки матки IIIb стадии позволило добиться улучшения отдаленных результатов лечения.

Опыт применения фторафура и капецитабина в лечении диссеминированных форм рака молочной железы

Султанбаев А.В., Сакаева Д.Д., Шангина Е.Э., Халикова Л.В., Нагаева К.Н., Султанбаева Н.И.

Республиканский клинический онкологический диспансер, Уфа

В ряде исследований отмечена эффективность применения капецитабина в комбинации с другими химиопрепаратами при лечении метастатических и местнораспространенных форм рака молочной железы.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности и токсичности применения фторафура и капецитабина в монорежиме у больных с диссеминированными формами рака молочной железы.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 60 пациенток с IV стадией рака молочной железы. Все пациенты, включенные в исследование, испытывали болевой синдром, что по шкале вербальной оценки составляло 2–3 балла. Пациенты получали обезболивание по 2 и 3 ступени соответственно. В группу исследования вошли пациенты с общим функциональным состоянием по шкале ECOG 2–3 балла. 30 пациенток в 1 группе принимали фторафур per os в течении 15 дней из расчета 800 мг/м^2, разделив на 2–3 приема в день. Во 2 группе 30 пациентов принимали капецитабин per os в течении 15 дней из расчета 1000 мг/м2, разделив на 2 приема в день. Цикл повторяли через 3 недели. До и после проведенного лечения для определения качества жизни пациенты проходили анкетирование по шкале SF-36.

Результаты исследования. На фоне проводимого лечения у пациентов отмечалась тошнота, гематологические осложнения, ладонно-подошвенный синдром, диарея, стоматит. В исследуемых группах отмечены отличия частоты и степени возникновения осложнений. На фоне проводимой химиотерапии пациенты по показаниям получали сопутствующую терапию. После 2 и 3 курса паллиативной химиотерапии у больных отмечалось уменьшение боли до 1 балла по шкале вербальной оценки. После курсов химиотерапии у пациентов отмечалось уменьшение болевого синдрома, что способствовало переходу на меньшую ступень обезболивания.

Заключение. Вопрос о химиотерапии диссеминированного рака молочной железы у больных с тяжелым соматическим статусом остается открытым. Проведение паллиативной химиотерапии приводит к уменьшению болевого синдрома у больных с диссеминированными формами рака молочной железы.

Высокие технологии в диагностике и лечении раннего рака

Суперфин Д.Д.Э., Камалетдинова Ю.Ю., Бочкова Т.В., Грачев Г.В., Смакова А.А., Нагаев Н.Р., Ахмедов Р.Э.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Башкортостан, Уфа

Введение. Среди методов эндоскопического лечения раннего рака эндоскопическая резекция слизистой оболочки (РСО) занимает ведущее место, так как позволяет тотально удалить опухоль с прилегающим участком слизистой, точно определить ее морфологическую структуру для принятия решения о дальнейшей тактике лечения и, как правило, является радикальным методом лечения.

Цель исследования – оценить значимость применения высокотехнологичных методов обследования, эффективность и безопасность применения методик РСО при лечении раннего рака.

Материалы и методы. Работа основана на клинико-статистическом анализе данных пациентов, поступивших в отделение эндоскопии РКОД в 2012–2016 гг. с эндоскопически излечимыми опухолями и результатов эндоскопического лечения 104 пациентов со злокачественными опухолями, прооперированных за это время в отделении эндоскопии РКОД в объеме РСО.

Результаты и их обсуждение. Осмотр пациентов с применением высокотехнологичных методик (осмотра с увеличением в узком пучке света (NBI), эндосонографии для определения глубины интрамуральной инвазии и метастазирования в регионарные лимфоузлы) позволил достоверно определить возможность эндоскопического удаления опухоли и необходимость применения субмукознойдиссекции (СМД) при РСО. На основании первичного эндоскопического осмотра планировалась РСО 120 пациентам. Осмотр пациентов с применением NBIсувеличением «отсеял» 6 пациентов (5%) на основании инфильтрации прилегающей слизистой, применение эндосонографии на основании глубокой инвазии 12 (10%). У 60 пациентов (68%) была применена субмукозная диссекция. Проведение РСО 6 раз осложнилось кровотечением, 1 из них при СМД, все случаи остановлены эндоскопически; 2 раза перфорацией, оба случая при СМД – одна успешно клипирована эндоскопически, одна потребовала лапаротомии. Летальных исходов при РСО не было.

Заключение. Применение в отделении эндоскопии РКОД высокотехнологичных методик осмотра позволяет достоверно определить возможность радикального удаления опухоли в обьеме РСО и необходимость применения субмукозной диссекции. Методика РСО позволяет с минимальным вредом здоровью пациента и безопасно излечить его от ранних форм рака.

Морфологические особенности нейроэндокринных новообразований женских половых органов

Тагибова Т.Ш., Никогосян С.О., Кузнецов В.В., Анурова О.А., Кузнецов В.В.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Прогноз и тактика лечения при нейроэндокринных опухолях зависит от гистологического подтипа и первичной локализации опухоли. Согласно классификации Ассоциации американских патологов 1997 г. НЭО были разделены на две группы. В первую группу были определены менее агрессивные формы: высоко- и умереннодифференцированные новообразования. К ним относятся типичные карциноидные и атипические карциноидные опухоли. К числу крайне агрессивных форм НЭО относятся мелкоклеточный, крупноклеточный рак, рак из клеток Меркеля и недифференцированный рак.

В этой связи в 1997 г. Ассоциация американских патологов приняла дополнительную классификацию, где указанные выше формы НЭО были отнесены к группе так называемого «нейроэндокринного рака» (NEC). Менее агрессивные формы, такие как типичные и атипические карциноидные опухоли, были обозначены как «нейроэндокринные опухоли» (NET).

За период с 1951 по 2016 г. НЭО женских половых органов диагностировано у 49 женщин, что составляет менее 0,01% от общего числа больных, которые консультировались либо лечились в ФГБУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина МЗ России.

Нами проведен анализ клинико-морфологических и иммуногистохимических особенностей этих новообразований.

НЭО яичников установлено в 21 наблюдении (42,86%). Кроме того, у 5 больных обнаружено метастазы НЭО тонкой кишки в яичниках (10,2%).

НЭО маточной трубы обнаружено у одной пациентки (2,04%), эндометрия – в 5 наблюдениях (10,2%), шейки матки – 7 (14,29%). В 4 наблюдениях отмечено НЭО влагалища (8,2%).

Влияние применения HIPEC на качество жизни у пациенток после неполной циторедукции

Таратонов А.В., Привалов А.В., Важенин А.В., Чернова Л.Ф., Губайдуллина Т.Н., Кравченко Г.Р., Саевец В.В.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Применение комбинированной циторедукции совместно с гипертермической интраоперационной внутриперибрюшинной химиотерапии (HIPEC) все чаще рассматривается как высокоэффективная опция локорегионарного воздействия при диссеминированном раке яичников. Вместе с тем, проведение HIPEC возможно и изолированно. Так, у ряда больных изначально имеются экстраперитонеальные поражения (отделанные метастазы) или же такая ситуация возникает позднее (метахронно). Тем не менее, проведение HIPEC у таких пациенток оправданно, главным образом, для предотвращения рецидивирующего асцита и угрозы кишечной обструкции.

Наш опыт HIPEC на базе Челябинского областного клинического онкологического диспансера составляет 44 больных. В этой серии наблюдений оптимальная циторедукция была достигнута у 40 пациенток, неоптимальная – у 4 пациенток. В раннем послеоперационном периоде у этих пациенток имели место проявления нефротоксичности 1–2 ст., подобные таковым при системном применении цистплатина, а также эмитогенные осложнения. Однако в дальнейшем у этих пациенток отмечалось снижение онкомаркера СА 125 до нормальных величин, данный эффект сохранялся значимо дольше, чем при неоптимальнх циторедуктивных операциях без использования HIPEC. Клинически значимое накопление асцита у этих пациенток было зафиксиировано через значимо более длительный срок. Явлений кишечной непроходимости отмечено не было.

У пациентов, которые ослаблены повторяющимся асцитом, цель терапии может быть изменена. В данном случае можно применять менее агрессивные методы лечения, которые однако приносят положительные результаты. При прогрессивном злокачественном асците, который не подходит для системной химиотерапии, должен быть принят во внимание такой метод лечения.

Данный подход мог бы также принести пользу пациентам с отдаленными метастазами, а также пациентам с изолированным локальным рецидивом угрожающим развитием кишечной непроходимости.

Предоперационная эмболизация гиперваскулярных опухолей позвоночника, с использованием различных эмболизирующих агентов, для снижения интраоперационной кровопотери

Тарханов А.А., Шахбазян Р.Т., Дружин С.А., Горных К.А., Миронова Ю.А., Дубских А.О.

Свердловский областной онкологический диспансер, Екатеринбург

По современным данным хирургия злокачественных опухолей позвоночника может сопровождаться кровопотерей от 5000 до 8000 мл. Нашей целью явились: оценка эффективности предоперационной эмболизации в снижении периоперационный кровопотери; сравнение эффективности различных эмболизирующих агентов.

Были проанализированы результаты лечения опухолей позвоночника у пациентов, лечившихся с 2011 по 2016 годы. В группу включены 105 пациентов возрастом от 26 до 83 лет, М/Ж 51/54, 29 с первичным и 76 со вторичным поражением. Уровни поражения: 8/57/35 – шейный/грудной/поясничный.

Цель – выполнение суперселективной катетеризация питающих сосудов с эмболизацией гиперваскулярного фокуса. Использованы различные комбинации эмболизирующих агентов (микрочастицы/спирали/ONYX). В 41 случае основным агентом стал ONYX, а в 64 – микрочастицы и спирали. Интервал до хирургии – 1–10 дней после эмболизации. Все хирургические вмешательства разделены на три группы по степени радикальности: 1. Декомпрессия без фиксации (10); 2. Декомпрессия с фиксацией (38); 3. спондилэктомия (52). 5 пациентов исключены из анализа: отсутствие хирургии у трех, экстраординарная кровопотеря у двух. Вычислена средняя кровопотеря и проведено сравнение результатов с литературными данными.

Во всех случаях была достигнута тотальная или субтотальная эмболизация. Средняя интраоперационная кровопотеря – 673,8 ± 77,9 мл, что в пять-семь раз меньше кровопотерь описанных в литературе. За отчетный период не зафиксировано госпиатальной летальности связанной с периоперационными кровопотерями. Обнаружена достоверная разница в кровопотерях в зависимости от типа хирургии – группы 1 и 3 (195,0 ± 39,0 / 959,6 ± 108,4 мл), и 2 и 3 (476,3 ± 158,3 / 959,6 ± 108,4 мл). Зависимости кровопотери от срока между вмешательствами не выявлено. Не выявлено различий в кровопотере, в зависимости от типа эмболизата. Один пациент погиб вследствии отека опухоли С2, вызвавшего сдавление ствола головного мозга. ПНМК после эмболизации развились у 4 пациентов, стойкий неврологический дефицит – у одного. Все осложнения возникли при использовании микрочастиц.

Выводы. Предоперационная эмболизация гиперваскулярных опухолей позвоночника является достаточно безопасной процедурой, позволяющей значительно снизить периоперационную кровопотерю. Использование жидкого эмболизата позволяет выполнять эмболизацию более прецизионно и с меньшим количеством осложнений.

Патоморфологические предпосылки развития полипов толстой кишки при дивертикулярной болезни

Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Воронова О.В., Грива Р.А., Сухая Ю.В., Ковалев Б.В.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Цель. Показать патогенетическую связь между возникновением полипов толстой кишки при дивертнкулярной болезни.

Материалы и методы. Изучены результаты клинического обследования 1301 больного с патологией толстой кишки. Диагноз поставлен на основании рентгенологического и эндоскопического исследований толстой кишки. С аналитическими целями на 40 животных воспроизведена оригинальная модель дивертикулеза толстой кишки (патент РФ №2087943). Все образцы тканей изучены гистологически.

Результаты. Дивертикулез обнаружен в 61 случае. У 27 из них рентгенологическое исследование предшествовало колоноскопии. Чаще всего дивертикулез сопровождался образованием полипов (32,8%). Как правило, последние наблюдались в участках поражения дивертикулами (сигмовидная кишка). Большинство полипов были гиперпластическими или представляли собой тубулярные и тубуловорсинчатые аденомы. При гистологическом исследовании слизистой ободочной кишки обнаружены процессы атрофии со склерозом стромы, либо участки дисплазии. В эксперименте установлено, что изменения в слизистой оболочке толстой кишки носят не монотонный, а асимметричный характер. На фоне избытка бокаловидных клеток и продукции слизи на одной полуокружности стенки кишки (I–II стадии дивертикулеза) на противоположной стороне часто наблюдаются чрезмерно высокие единичные складки слизистой со склерозом ее собственной пластинки (II–III стадии дивертикулеза). В основании этих высоких складок определяются эктазированные вены и спазмированные мышечные сосуды с гипертрофией интимальных подушек (феномен псевдоангиоматоза). В III стадии вены в основании высоких складок уменьшены в диаметре, пространство, ранее заполненное расширенными венами занято жировой тканью (феномен липоматоза), Вышеописанные явления могут наблюдаться и в сочетании со значительным истончением слизистой оболочки и ее атрофией (IV стадия – дивертикулообразование).

Выводы. Высокая частота сочетания полипов толстой кишки с дивертикулезом может быть интерпретирована с позиций результатов эксперимента. Асимметрия изменений в слизистой толстой кишки на фоне установленных нарушений внутристеночного кровотока при дивертикулезе может рассматриваться как фактор, предрасполагающий к изменению архитектоники эпителиальной выстилки толстой кишки и возникновению полипов. Больным с дивертикулезом нужно выполнять тотальную колоноскопию с изучением слизистой для уточнения диагноза.

Осложнения после Высокоинтенсивной фокусированной ультразвуковой (HIFU) абляции при лечении рака предстательной железы опыт клиники урологии ГБУЗ СО «СОКБ №1»

Тевс Д.В., Узбеков О.К., Коваленко Р.Ю., Баженов И.В.

Свердловская областная клиническая больница №1, Екатеринбург

Цель исследования: изучить частоту и характер осложнений при HIFU терапии рака предстательной железы для выработки методов их профилактики.

Материалы и методы. HIFU терапия выполнена 128 пациентам с морфологически доказанным РПЖ, находившихся на лечении в клинике урологии УГМУ на базе ГБУЗ СОКБ №1 с апреля 2013 года по декабрь 2016 года. Средний возраст пациентов составил 70 лет. 121 пациенту перед выполнением HIFU терапии предварительно выполнена трансуретральная резекция предстательной железы. Антиандрогенную терапию перед проведением HIFU терапии получали 58 пациентов. Объем предстательной желе-

зы перед проведением HIFU терапии составил 21,5 см.куб. Группа с низким онкологическим риском включала 49 пациентов, группа среднего риска составила 62 пациента, в группе высокого онкологического риска 8 пациентов. Семь пациентов с местным рецидивом после ДЛТ.

Результаты. HIFU терапия выполнена с помощью аппарата «Ablatherm (Edap, Франция)». Среднее время операции 120 минут. Интраоперационных осложнений не было. Восстановление самостоятельного мочеиспускания происходило на 5 день после операции. После удаления уретрального катетера дизурические расстройства сохранялись у 80 пациентов (78%) в течение 15 дней. Максимальная скорость мочеиспускания составляла от 10,5 мл/с до 29,1 мл/с через 3 месяца после HIFU. Послеоперационный койко-день составил 7 дней. Острая задержка мочеиспускания в ранние сроки после удаления уретрального катетера наблюдалась у 3 пациентов, купирована консервативно. Недержание мочи через 6 мес наблюдалось у 13 папциентов (10,2%), через 12 мес недержание мочи тяжелой степени сохранялось у 4 пациентов. Стриктура уретры выявлена у 23 пациентов (17,9%) всем пациентам выполнена оптическая уретротомия. Развитие эректильной дисфункции в позднем послеоперационном периоде наблюдалось о у 52% пациентов. Уретропрямокишечный свищ выявлен у одного пациента через 14 дней после оперативного лечения в связи с чем пациенту выполнена простатэктомия, иссечение и ушивание прямокишечного свища. Через 12 мес после лечения средний объем простаты составил 10 см^3, медиана уровня ПСА составила 0,04–0,65 нг/мл. Статистически значимое уменьшение объема предстательной железы по сравнению с начальным объемом наблюдалось у 90% пациентов. У 54,5% пациентов отмечалось улучшение качества жизни по шкале IPSS у 26% осталось на прежем уровне.

Аспекты взаимовлияния рака молочной железы, программ подготовки к ЭКО и трудности диагностики рака молочной железы у беременных пациенток

Терешин О.С., Надвикова А.Д., Удовиченко И.В.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

По данным Российской Ассоциации Репродукции Человека от 15 до 20% пар репродуктивного возраста в России страдают бесплодием. Стимулирование рождаемости является государственной политикой, одним из результатов которой стало увеличение числа процедур экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). На фоне продолжающегося роста заболеваемости раком молочной железы (РМЖ), в том числе у молодых женщин, изучение возможного влияния процедур ЭКО на возникновение РМЖ и своевременность его диагностики приобретают особенную актуальность. В период с 2008 по 2016 гг., у 50 женщин был диагностирован РМЖ, ассоциированный с беременностью, что составило 1,16% от общего числа первичных пациенток, проходивших лечение в Онкологическим отделении опухолей молочной железы ГБУЗ ЧОКОД. ЭКО в анамнезе у 5 пациенток. Диагноз был установлен после осмотра и ультразвукового исследования молочных железы. РМЖ был гистологически верифицирован у 100% пациенток, у 96% – при помощи трепан-биопсии, 4% – после открытой биопсии. 46 пациенток самостоятельно нашли опухоль. 33 – во время или после окончания кормления, 5 – после искусственного аборта. 12 – обнаружили опухоль во время беременности, 6 пациенток начали на фоне беременности. Средний срок от последней процедуры ЭКО до обнаружения узлового образования в молочной железе составил 7 мес. Средний срок от момента обращения пациентки за медицинской помощью по поводу узлового образования в молочной железе до постановки диагноза и начала специального лечения не превышал 30 дней. Протокол обследования пациенток с ЭКО в анамнезе соответствовал стандартному протоколу обследования небеременной пациентки, за исключением пациентки у которой диагноз РМЖ был установлен на сроке беременности 16 недель.

Выводы. На имеющемся материале продемонстрирована безопасность примененных схем ПХТ для плода и не показано достоверного ухудшения результатов лечения по сравнению со средними показателями для соответствующей стадии рака. Биологические особенности РМЖ, вероятно, имеют большее прогнозное значение, чем сочетание с беременностью. Согласно литературным данным процедура ЭКО не связана с риском развития РМЖ. Необходимо обследование молочных желез и яичников перед планированием ЭКО, Статистически обоснованные выводы можно сделать только при существовании регистров (напр. Национальных). Необходимо дальнейшее накопление материала.

Применение микроинъекционной аутотрансплантации жировой ткани для лечения постлучевых повреждений прямой кишки

Терюшкова Ж.И., Васильев В.С., Важенин А.В., Васильев С.А., Димов Г.П., Маркина Т.Н., Хоружева Е.С.

Городская клиническая больница №8, Челябинск

Актуальность. Лучевая терапия является важным компонентом противоопухолевого лечения новообразований тазовой локализации. Частота клинически ярко выраженных «поздних» осложнений лучевой терапии по некоторым данным составляет от 2 до 5%. Лечение постлучевых повреждений прямой кишки (ППК) является сложной медицинской задачей, что связано с развитием нарастающих патологических изменений мягких тканей в зоне облучения. Накоплен клинический опыт успешного использования микроинъекционной аутотрансплантации жировой ткани (МАЖТ) для лечения постлучевых повреждений мягких тканей различных локализаций, что послужило для нас стимулом использования этой методики у больных с ППК.

Материалы и методы. С 2013по 2016 гг. в МБУЗ ГКБ №8 накоплен опыт лечения 15 больных с ППК. Средний возраст пациенток составил 43,2 ± 1,4лет. Всем пациенткам проведена МАЖТ в дно язвы, ректовагинальную перегородку и края свища со стороны влагалища и прямой кишки.

Забор жировой ткани осуществлялся с помощью канюль диаметром 2,5 мм путем аспирационной шприцевой липосакции с предварительной инфильтрацией подкожной клетчатки модифицированным раствором Кляйна. В качестве донорских зон использовались области, не подвергавшиеся действию ионизирующего излучения. Полученный липоаспират центрифугировался при ускорении 1250 g в течение 3 мин в стерильных пластиковых пробирках. После удаления супра- и инфранатанта очищенная жировая ткань вводилась в толщу ректовагинальной перегородки через проколы в коже и стенке свища и дно язвы со стороны прямой кишки.

Результаты. Послеоперационный период у всех протекал гладко. Время госпитализации составило 3,1 ± 1,2 дней. Контрольные осмотры производились с периодичностью 1 раз в месяц. Клиническая картина в динамике характеризовалась утолщением ректовагинальной перегородки и постепенным уменьшением диаметра ректовагинального свища и язвы прямой кишки. Побочных эффектов в период наблюдения отмечено не было. Через 3–5 мес дефект ректовагинальной перегородки, язва полностью эпителизировались.

Выводы. Внедрение данного способа в клиническую практику может открыть новые перспективы в реабилитации этой категории больных.

Несмотря на то, что данная манипуляция является малоинвазивной, легко переносится пациентом и имеет низкий риск осложнений, МАЖТ требует строгого соблюдения хирургической техники, а также общехирургических и онкологических канонов.

Результаты лечения острых нелимфобластных лейкозов у детей по погрaмме AML-BFM-2004 в Морозовской ДГКБ г. Москва (2005–2015 годы)

Тиганова О.А., Кондратчик К.Л., Муторова О.Ю., Фукс О.Ю., Махортых Т.Ж., Бронин Г.О., Томилин И.Я., Непокульчицкая Н.В., Шершакова Е.А., Сапелкина Т.С., Ковалева О.Л., Алакаева И.Б., Мальцева М.А., Маркова А.А., Лаврухин Д.Б., Ильенко Л.И.

Морозовская Детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва

30-летние клинические исследования в области изучения тактики ведения детей, страдающих острыми нелимфобластными лейкозами (ОНЛЛ), позволили значительно повысить порог выживаемости этих, ранее абсолютно фатальных заболеваний. Однако долгосрочная выживаемость не превышала 50%. С 2005 года в отделении онкологии и гематологии МДГКБ, дети, у которых был впервые установлен диагноз ОНЛЛ, лечились по программе AML-BFM-2004 (из анализа исключены пациенты с острым промиелоцитарным лейкозом). Целью использования протокола лечения являлось повышение уровня достижения клинико-гематологических и молекулярных ремиссий и их продолжительности путем введения двойной индукции, жесткого соблюдения временных интервалов терапии, дифференцированного подхода к терапии с учетом групп риска и вариантов ОНЛЛ, включая трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК). В ретроспективное исследование было включено 80 больных ОНЛЛ от 1 дня жизни до 18 лет, находившийся на лечении МДКБ. Медиана наблюдения составила 6 лет 3 месяца. Приведенные результаты являются итогом десятилетнего опыта лечения больных ОМЛ по протоколу AML-BFM-2004. Полученные результаты в общей группе выявили высокий уровень достижения клинико-гематологической ремиссии – 91,2%. К 01.03.2017 года первая продолжительная ремиссия сохраняется у 52 детей (71,2%). Вероятность общей 10-летней выживаемости пациентов с ОНЛЛ составила 0,72 ± 0,05% и вероятность 10-летней бессобытийной выживаемости составила 0,63 ± 0,06%. Таким образом, опыт дальнейшей интенсификации и дифференцированного подхода к терапии детей, страдающих ОНЛЛ, позволил добиться более высоких показателей долгосрочной выживаемости пациентов.

Снижение смертности от рака молочной железы в Удмуртской республике – реальная цель

Тимофеева А.А., Батов С.В., Чигвинцев И.В.

Республиканский клинический онкологический диспансер им. С.Г.Примушко Министерства здравоохранения Удмуртской республики, Ижевск

Проведен ретроспективный анализ данных, содержащихся в годовых отчетах рентгенодиагностического отделения Республиканского клинического онкологического диспансера (РКОД) о проведении маммографического (МГ) скрининга с использованием бесконтрастной маммографии в УР за период с 2011 по 2014 гг.

Анализ первичной онкологической заболеваемости населения УР показал, что в структуре общей заболеваемости ЗНО у женщин стабильно преобладает РМЖ (583 зарегистрированных случаев или 19,2% от всех впервые выявленных ЗНО у женщин в 2014 г.)

Отмечен рост заболеваемости РМЖ за исследуемый период в возрастной группе женщин старше 40 лет. Анализ смертности продемонстрировал стабильное снижение показателя в этой же возрастной группе.

Программа МГ скрининга начала реализовываться с 2011 г., когда при рентгенодиагностическом отделении РКОД стал функционировать диагностический референс-центр (РЦ) для чтения оцифрованных маммограмм на внешних носителях, выполненных в городах и районных центрах нашей республики, где имеются действующие

маммографы. Основными задачами РЦ является интерпретация маммографических снимков; консультативная помощь и контроль качества МГ, выполняемых на других базах; обучение и стажировка рентгенологов; ведение регистра женщин, участвующих в скрининге.

В УР на 01.01.2015 г. число женщин в возрасте 40–69 лет составило 220 683. Скринингу подлежат 70% женщин в этом возрастном интервале, так как в среднем 25% уже имеют какую либо патологию молочных желез и не могут входить в скрининговую группу, а 5–10% проходят диспансерное обследование в ведомственных поликлиниках и частных центрах. Таким образом, в идеале скрининг должны проходить приблизительно 155 000 женщин. По данным годовых отчетов МГ скрининга, в УР за период с 2011 по 2014 год обследование прошли 65 829 женщин (что составило 42% от идеального числа). У 2455 обследованных пациенток выявлены патологические изменения (3,7% от общего числа подвергнутых скринингу). У 289 (0,4%) выявлен РМЖ.

За четырехлетний период проведения МГ скрининга в УР прослеживается положительная тенденция к увеличению выявляемости больных с I стадией РМЖ, что в последующем должно привести к снижению смертности от этого грозного заболевания.

Уровень CpG-метилирования промоторов шести онко-супрессоров в образцах аденокарциномы желудка

Тимошкина Н.Н., Водолажский Д.И., Маслов А.А., Колесников Е.Н., Татимов М.З.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Рак желудка (РЖ) остается одним из наиболее частых онкологических заболеваний и занимает третье место в структуре смертности. Результатом многочисленных усилий по изучению молекулярных механизмов инициации и прогрессии РЖ стало обнаружение аберрантного метилирования онко-ассоциированных генов в опухоли, а также в предраковых процессах.

В настоящем исследовании с помощью бисульфитного пиросеквенирования было определено CpG-метилирование промоторных участков 6-ти генов-онкосупрессоров (APC, CDH13, MLH1, MGMT, P16 и RASSF1A) у 25 пациентов с диагнозом рак желудка (G2-3 аденокарцинома, T3-4N0-2M0).

Частота случаев гиперметилирования промоторов составила 16% для P16, по 12% – для MGMT и RASSF1A генов. Промоторные участки генов APC и CDH13 были гиперметилированы как в опухоли (84 и 88% образцов, соответственно), так и в условно нормальной ткани желудка (80%), однако и в этом случае было отмечено достоверное превышение метилирования в опухоли по сравнению с нормой в 28 и 40% опухолей, соответственно. Изменение уровня метилирования не обнаружено в промоторе MLH1. Выявлена значимая корреляция уровня метилирования промоторов двух генов P16, RASSF1A с уменьшением дифференциации опухоли G (p = 0,046) и с величением инфильтрации опухоли (T-классификация, p = 0,028). В итоге, обнаружение гиперметилирования промоторов MGMT, P16 и RASSF1A может стать полезным биомаркером для ранней диагностики рака желудка.

Эффективность трепан-биопсий под контролем ультразвука в диагностике первичных и вторичных опухолей кожи, мышц, костей скелета

Тихая К.А., Репянская И.А., Семенова А.Б., Семенов В.А.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Цель исследования – оценить чувствительность трепан-биопсий в диагностике опухолей кожи, мышц, костей скелета.

Материалы и методы. Выполнено 30 трепан-биопсий первичных и вторичных (метастазов) новообразований верхних и нижних конечностей, грудной и брюшной стенки, спины. Показанием для биопсии было наличие визуализируемого при УЗИ образования, подозрительного на злокачественное. Биопсии проводились под местной анестезией с помощью системы Bard Magnum, иглами 14–16 G. Материал брался 3–4 раза. Осложнений в результате биопсий не было. В последующем для подтверждения диагноза проводилось иммуногистохимическое (ИГХ) исследование биоптата или операционного материала.

Результаты. Из 30 биопсий мы получили следующие гистологические ответы: 15 (50%) – рост злокачественной опухоли; 9 (30%) – рост опухоли с неопределенным потенциалом злокачественности; 5 (17%) – доброкачественный процесс; 1 (3%) – материал не информативен. Таким образом, верифицировано 67% опухолей. В последующем 26 пациентам было проведено ИГХ исследование биопсийного и операционного материала. У 15 уточнен тип злокачественной опухоли; из группы с неопределенным потенциалом злокачественности – у 5 выявлено ЗНО, у 2 – доброкачественный процесс, в 2 случаях – диагноз неясен, нужна опухоль целиком; у 2 пациентов из группы с доброкачественным процессом после операции и проведения ИГХ исследования был выявлен злокачественный процесс. Следовательно, при трепан-биопсии (без проведения ИГХ исследования) верифицировано 18 опухолей, чувствительность метода составила Se = 18/30 x 100% = 60%. После поведения ИГХ исследования верифицировано 24 опухоли из 26, что составляет 92%.

Заключение. Трепан-биопсия под УЗ-контролем является малоинвазивным методом диагностики опухолей кожи, мышц, костей скелета, но как самостоятельный метод чувствительность его составляет 60%, следовательно, при сомнительном гистологическом ответе, несоответствии клинической картины и инструментальных

методов исследования гистологическому заключению, рекомендуется изучение большего объема материала опухоли с последующим проведением ИГХ исследование.

Психическое состояние больных раком предстательной железы после лучевой терапии

Ткаченко Г.А., Гладилина И.А., Степанова А.М., Иванова А.В., Мерзлякова А.М., Петровский А.В.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Цель: изучить психическое состояние больных раком предстательной железы (РПЖ) после лучевой терапии (ЛТ).

Материал и методы исследования: в соответствии с критериями включения /не включения была сформирована группа из 24 больных, перенесших ЛТ в РОНЦ им. Н.Н.Блохина по поводу РПЖ. Средний возраст больных – 64,6 ± 9,7 лет. У всех больных было получено добровольное согласие на участие в исследовании. Максимальная длительность окончания ЛТ составляла 5 лет.

Использованы клинико-психологические методы исследования: клиническая беседа, для изучения психического состояния использовался опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List – SCL–90–R), адаптация и валидизация которого произведена в лаборатории психологии и психотерапии посттравматического стресса Института Психологии РАН.

Результаты: по данным клинической беседы все больные субъективно оценивали свое самочувствие, как хорошее. По результатам SCL–90–R у больных РПЖ имелось достоверное повышение по шкалам депрессивность и общий индекс тяжести дистресса. Кроме того, выявлено незначительное повышение шкал обсессивность-компульсивность и межличностная сензитивность, но в целом они достоверно не отличались от имеющихся в литературе условно нормативных данных.

Заключение: полученные результаты свидетельствуют о том, что у больных РПЖ, несмотря на физическое благополучие после лучевой терапии, выявлено депрессивное состояние и снижение социальной активности.

Одна из причин несвоевременной диагностики злокачественных новообразований

Толстокоров А.С., Попова Т.Н., Осинцев Е.Ю., Курочкина Е.Н.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского, Саратов

Заболеваемость злокачественными новообразованиями продолжает расти. У каждого пятого больного опухолевый процесс диагностируется в запущенной стадии. Это обусловлено, как скрытым течением заболеваний, так и недостаточной онкологической подготовленностью врачей первого контакта, отсутствием у них должной онкологической настороженности.

На кафедре хирургии и онкологии ФПК и ППС Саратовского государственного медицинского университета им. В.И.Разумовского проанализирована выживаемость знаний по онкологии у 270 врачей поликлинического звена. Большинство врачей (78,9%) имели возраст старше 40 лет. Стаж 10 лет и более имели 90% врачей. Среди обучающихся преобладали врачи из районных больниц и поликлиник. Большинство из них имели специальность терапевта, вторыми по численности были врачи-педиатры.

Дополнительное обучение по онкологии после окончания вуза у анализируемой нами группы ранее не проводилось.

Для изучения выживаемости знаний всем слушателям были предложены тестовые задания, состоящие из 30 вопросов по онкологии в соответствии с программой медицинского ВУЗа. В каждом тестовом задании нужно было выбрать только один правильный ответ из пяти возможных. Оценка по итогам исходного тестового контроля выставлялась по количеству верных ответов: 100–90% правильных ответов – «отлично», 89–80% – «хорошо», 79–65% – «удовлетворительно», менее 65% – «неудовлетворительно».

Большинство обучаемых врачей (70%) показали неудовлетворительный уровень знаний по онкологии, удовлетворительные оценки получили 17% слушателей. Хорошие и отличные результаты лишь 13% врачей.

Прослежена зависимость выживаемости знаний по онкологии от пола, возраста, стажа, специальности, места работы, сроков прохождения усовершенствования по основной специальности, квалификационной категории. Корреляционная зависимость в проведенном исследовании была выявлена лишь по возрасту и стажу специалистов.

Данное исследование свидетельствует о низком уровне знаний по онкологии у врачей поликлинического звена, отсутствие онкологической настороженности. В рамках новой программы непрерывного медицинского образования следует учитывать необходимость обучения по онкологии для врачей первого контакта с пациентами.

Особенности компрессионной эластографии при метастатическом поражении яичников

Торосян И.В., Чекалова М.А.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Цель: оценить возможности компрессионной эластографии при метастатическом поражении яичников.

Материалы и методы. Проанализированы результаты ультразвукового исследования и послеоперационных гистологических исследований 15 больных с первичным диагнозом рак желудка и рак тела матки, находившихся

на лечении в РОНЦ в 2016 году. Ультразвуковое исследование состояло из нескольких этапов: оценка эхоструктуры в режиме серой шкалы, измерение размеров яичников, анализ васкуляризации и изучение эластичности ткани яичников в режиме эластографии.

Результаты. В серошкальном режиме у большинства 9 (60%) больных раком желудка метастатические опухоли яичников достигали больших размеров (7–12 см в диаметре) и были выявлены при клиническом осмотре. В 6 (40%) наблюдениях первоначально диагностированы при ультразвуковом исследовании (непальпируемые новообразования): в 2 (13%) случае 6 см в диаметре и в 4 (27%) наблюдениях диаметром 1,5- см и 4,5 см.

В 10 (67%) наблюдениях структура была солидная, при эластографии во всех случаях метастатически пораженных яичников определяли в солидных участках компонент высокой плотности, картирующийся типом 5 (синий цвет), в 3 (20%) солидно-кистозная, что соответствовало 4 типу эластограммы (синий и зеленый цвет) и в 2 (13%) наблюдениях в не увеличенном яичнике определялись мелкие диаметром (0,5 – 1,5–2,0 см) солидные узлы (метастазы), которые картировались синим цветом.

Метастатические опухоли яичников имели округлую или почкообразную форму, четкие волнистые контуры.

Заключение. Данные эластографии служат дополнительным критерием оценки характера изменений в тканях неувеличенного яичника, что важно для улучшения ранней диагностики метастатической опухоли.

Состояние минеральной плотности костной ткани у больных раком молочной железы в пременопаузе

Третьякова Н.Ю.

Няганская городская поликлиника, Нягань

Цель работы: изучить новые подходы к ранней диагностике потерь минеральной плотности кости у больных РМЖ в пременопаузе.

В зависимости от значений МПК по результатам рентгеновской денситометрии больные РМЖ разделены на 2 группы: норма и снижение МПК. На фоне специального лечения по поводу РМЖ основной группы у 37 (66%) пациенток из 56 наступила аменорея. У больных РМЖ основной группы до лечения снижение МПК наблюдалось в 11 (19,6%) случаях, после проведения 4–6 курсов НАПХТ – в 11-ти (52,4%) из 21-го случая (p = 0,027), а через полгода после проведенного лечения – в 37 (66%) случаях появилось снижение МПК (p = 0,0001).

У пациенток на фоне приема тамоксифена отмечалось снижение плотности костной ткани на 2,3% в течение 6 месяцев, приема гормонотерапии и ГНРГ – 3,5%, возникновение менопаузы на фоне химиотерапии – 5,2%, наиболее выраженное снижение у пациенток после аднексэктомии – 7,2%.

У пациенток с диагнозом РМЖ на фоне постоянного приема ГНРГ в 6 (75%) из 8 случаев выявлена сниженная МПК (p = 0,035), а после аднексэктомии в 3 (75%) из 4 случаев развилось снижение МПК (p = 0,387). При развитии менопаузы на фоне химиотерапии снижение МПК встречалось в 18 (72%) случаев (p = 0,045), а при восстановлении менструальной функции сниженная МПК выявлена в 13 (72,2%) случаях (p = 0,002). У 3 больных из 6 на фоне только гормонотерапии тамоксифеном снижение МПК встречалось в 3 (50%) случаях (p = 0,479). Достоверные различия выявлены во всех группах, кроме больных РМЖ после аднексэктомии, вероятно это связано с небольшим числом наблюдений (n = 4).

Таким образом, специальное лечение рака молочной железы является одним из важных факторов риска развития остеопороза.

Эффективность адъювантного лечения немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря

Трубин А.Ю.[1], Низамова Р.С.[2], Воздвиженский М.О.[1], Горбачев А.Л.[1], Фольц А.В.[1], Боряев А.Н.[1]

[1]Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара;
[2]Самарский государственный медицинский университет, Самара

Актуальность. После только хирургического лечения (трансуретральная резекция (ТУР)), у 40–80% пациентов возникает рецидив в течение 12 месяцев после операции. Таким образом, важное значение имеет тактика послеоперационного ведения данной группы больных.

Цель: оценить клиническую эффективность различных методов адъювантного лечения немыщечно-инвазивного рака мочевого пузыря (НМИРМП).

Материалы и методы: в исследование вошли результаты лечения 499 больных НИРМП стадии Ta-1N0M0G1-3, которым за период с 01.01.2010г. по 31.12.2012 г., в ГБУЗ СОКОД, была выполнена ТУР мочевого пузыря. Все пациенты были разделены на 3 группы: группа I (n = 109) – больные получавшие адъювантную иммунотерапию (БЦЖ), группа II (157) – однократное немедленное введение Доксорубицина и группа III (n = 233) – пациенты под динамическим наблюдением. 5-летнюю безрецидивную выживаемость изучали методом Каплана-Мейера. Для прогнозирования вероятности рецидива применяли регрессию Кокса.

Результаты: 5-летняя безрецидивная выживаемость пациентов с НМИРМП составила 72,5%. Наиболее высокие показатели выявлены у больных с высокодифференцированными опухолями (80,4%). Эти значения достоверно отличалось от таковых при умеренно- и низкодифференцированном переходно-клеточном раке (60,3% и 55,8%, соответственно; p < 0,01). При сравнении безрецидивной выживаемости в исследуемых группах, были выявлены наиболее высокие значения после иммунотерапии-БЦЖ (группа I) – 83,9% (G1 – 89,1%; G2 – 78,4%; G3 – 77,8%). Этот показатель был значимо выше по сравнению с группами II (64,1% при p < 0,01; G1 – 75,1%; G2 – 51,1%; G3 – 50%) и III (70%; при p = 0,01; G1 – 77,2%; G2 – 51,4%;

G3 – 50%). Различия 5-летней выживаемости в группах II и III статистической достоверности не имели (p = 0,2). Наиболее высокие шансы прожить без рецидива были в группе I (ОР – 0,36; p = 0,002, по сравнению с динамическим наблюдением), при этом риск уменьшался в 2,77 раза.

Выводы. Иммунотерапия (БЦЖ) была наиболее эффективный видом адъювантного лечения НМИРМП по сравнению с однократным немедленным введением химиопрепарата и динамическим наблюдением. Показатели 5-летней безрецидивной выживаемости составили 83,9%, 64,1% и 70%, в группах БЦЖ-терапии, однократного введения Доксорубиница и динамического наблюдения, соответственно.

Флюоресцентная диагностика немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря с использованием гексилового эфира 5-АЛК

Трушин А.А.[1], Филоненко Е.В.[2], Урлова А.Н.[2]

[1]Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова (Сеченовский Университет), Москва;
[2]Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Москва

Актуальность. В структуре онкологической заболеваемости России значительную долю занимает рак мочевого пузыря (РМП), своевременная диагностика которого остается одной из наиболее актуальных проблем онкоурологии, что диктует поиск новых диагностических подходов к раннему выявлению данной патологии. Наибольшие перспективы в решении данной проблемы связывают с флюоресцентной диагностикой (ФД).

Цель. Разработка методических аспектов флюоресцентной диагностики РМП с гексиловым эфиром 5-АЛК (Гексасенс).

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 21 пациентов обоего пола, которым после стандартного урологического обследования выполнялась ФД с гексиловым эфиром 5-АЛК. Препарат вводился в виде инстилляций в мочевой пузырь (100 мг порошка растворяли непосредственно перед применением в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия). Экспозиция раствора препарата в мочевом пузыре составляла 60–90 мин. Локальная флюоресцентная спектроскопия выполнена с применением спектрально-флюоресцентной диагностической установки Спектр-Кластер» (Россия). Было измерено 58 спектров флюоресценции, из них в точках нормальной слизистой оболочки мочевого пузыря – 19 спектра, в очагах воспаления слизистой оболочки – 11 спектра, в очагах *carcinoma in situ* и тяжелой дисплазии – 4 спектра, в очагах переходно-клеточного РМП – 24 спектра.

Результаты. Полученные данные позволили провести оценку значений диагностического спектрального параметра в слизистой мочевого пузыря при длине возбуждения 532 нм и 442 нм, соответственно: дисплазии III ст и неинвазивный рак >4 и >3,5; воспалительные изменения <2,5 и <2; нормальная слизистая – 1,3 ± 0,4 и 0,4 ± 0,1. Выявлено 9 скрытых очагов, которые визуализировались по слабой красной флюоресценции, но локально в этих зонах регистрировались большие значения величины диагностического параметра. Морфологически в этих очагах была подтверждена тяжело дисплазия (3%), *carcinoma in situ* (95%) и РМП (2%).

Выводы. Комбинированный метод флюоресцентной диагностики с использованием визуального определения флюоресцентного изображения и локальной флюооресцентной спектроскопии является малоинвазивным чувствительным методом, позволяющим выполнять прицельные биопсии и снизить число диагностических ошибок.

Метод фотодинамической терапии как альтернативный вариант лечения ВПЧ-ассоциированного предрака и начального рака шейки матки

Трушина О.И., Новикова Е.Г.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена – филиал Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава России, Москва

Актуальность. Рак шейки матки (РШМ) продолжает занимать одну из лидирующих позиций в структуре онкологической заболеваемости женской половой сферы. Доказанная этиологическая роль ВПЧ в цервикальном канцерогенезе поставила перед онкологами задачу активного поиска новых патогенетически обоснованных методов лечения цервикальной патологии шейки матки.

Материалы и методы исследования. ФДТ шейки матки с использованием фотосенсибилизаторов Фотогем (2,5–3,0 мг/кг) и Фотосенс (0,3 мг/кг) проведена 194 женщинам в возрасте от 22 до 76 л. Результаты исследования проанализированы у 25 женщин с дисплазией шейки матки II ст, у 103 больных с дисплазией III ст и у 40 пациенток с cr in situ. В 26 клинических наблюдениях после органосохраного лечения начального РШМ (*cr in situ*, 1А1ст) на втором этапе лечения с противовирусной целью выполнена ФДТ культи шейки матки с препаратом Аласенс (20% мазь). Высокоонкогенные генотипы ВПЧ идентифицированы в 91,7% цервикальных соскобов. Практически во всех наблюдениях с дисплазией III ст и *cr in situ* идентифицированы сверхпороговые концентрации ДНК ВПЧ. Сроки наблюдения составили от 6 мес до 15 лет.

Результаты. В группе больных с дисплазией II ст. излечение достигнуто во всех клинических наблюдениях. В группе пациенток с дисплазией III ст. полная регрессия отмечена у 93% женщин, неполная регрессия – у 3% пациенток, стабилизация и прогрессирование до начального РШМ – у 2% больных в каждой группе. В третьей группе полная регрессия очагов начального рака установлена

у 84,2% женщин. Ни в одном наблюдении данных за рецидив заболевания, продолженный рост и реинфекцию не получено. Противовирусный эффект установлен в 95,1% клинических наблюдениях. Максимальный срок противоопухолевой эффективности лечения и полной эрадикации ПВИ составил 15 лет.

Выводы. ФДТ является минимальным вариантом органосохраняющего лечения с одновременным противоопухолевым и противовирусным воздействием, что позволяет излечить больную и провести профилактику рецидивов цервикальной вирус-ассоциированной патологии.

Сравнительный анализ низкомолекулярного гепарина (НМГ) и нефракцированного гепарина (НФГ) в послеоперационной профилактике тромбоэмболических осложнений у больных со злокачественными опухолями женской репродуктивной системы

Турдалиев Б.Р., Бейшембаев А.М., Жекшенбек кызы Тамара, Абыкеева Э.Ч.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации Минздрава Кыргызской Республики, Бишкек, Кыргызстан

Венозная тромбоэмболия (ВТЭ) остается одной из самых частых причин, угрожающих жизни осложнений и летальных исходов у онкологических больных.

Злокачественные новообразования (ЗНО) фигурируют первыми среди факторов риска развития венозных тромбоэмболических осложнений. Наличие злокачественной опухоли расценивается как независимый фактор высокого риска развития ВТЭ. Онкологические больные имеют шестикратное увеличение риска возникновения ВТЭ по сравнению с неонкологическими больными. Хирургические вмешательства, выполняемые в малом тазу, резко повышают вероятность развития ВТЭ. У больных с ЗНО женской репродуктивной системы, проводятся длительные оперативные вмешательства в малом тазу, которые в свою очередь еще больше повышает риск развития тромбоэмболических осложнений [1].

На сегодняшний день для лечения и профилактики ВТЭ осложнений, широко используют нефракцированный гепарин (НФГ). Однако невозможность с точностью предсказать выраженность антикоагулянтного эффекта требует регулярного и частого проведения лабораторных исследований. В онкологической практике в 26 раз чаще бывают геморрагические осложнения и 23 раза чаще бывают рецидивы ВТЭ на фоне антикоагулянтной терапии [2].

Было проведено исследование две группы пациентов (10 пациентов с фракципарином, 10 пациентов с гепарином). В группе, где применен гепарин, 3 раза больше проведено определение ССК, и 2 пациентов было послеоперационное осложнение (гематомы).

Применение НМГ в послеоперационный период значительно снизят геморрагического и ВТЭ осложнения, так же не требует частого определение ССК.

Литература

1. Bauer KA. Venous thromboemsolism in malignancy. J Clin Oncol. 2000 Sep;18(17):3065-7.
2. Bona RD, Hickey AD, Wallace DM. Warfarin is safe as secondary prophylaxis in patients with cancer and a previous episode of venous thrombosis. Am J Clin Oncol. 2000 Feb;23(1):71-3.

Нутритивная поддержка при хирургическом лечении плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта

Удинцов Д.Б.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Лечение плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта – это сложный и многокомпонентный процесс с обязательным хирургическим вмешательством на 1-м этапе лечения, в ходе которого формируются хирургические дефекты, требующие их замещения. В настоящее время нутритивная поддержка (НП) является незаменимым компонентом сопроводительной терапии данной категории больных, позволяющей оптимизировать результаты лечения.

В наше исследование было включено 43 первичных пациента, лечившихся в РОНЦ в 2016 году. Всем больным было проведено расширенно-комбинированное хирургическое вмешательство с обязательным одномоментным замещением хирургического дефекта. Целью нашего исследования была оценка влияния НП на течение послеоперационного периода. Местно распространенный процесс (Т3-Т4), был выявлен у 34 (79,1%) больных, регионарные метастазы диагностированы у 18 (41,9%). В качестве пластического материала использовались местные и свободные лоскуты: в 27 (62,8%) случаях лоскут с включением большой грудной мышцы, у 7 (16,3%) больных – носогубный и у 5 (11,6%) пациентов малоберцовый аутотрансплантат. Все больные были разделены на 2 группы: в 1-ой пациенты получали нутритивную поддержку (НП), 2-я была контрольной (К). Пациенты группы НП, до операции в течение 1 недели дополнительно получали по 2 флакона в день «Нутридринк компакт протеин» методом сиппинга. В послеоперационном периоде, находясь на зондовом питании, – энтеральную смесь «Нутризон эдванст протизон». В группу НП было включено 22 (51,2%) пациента, а в группу К – 21 (48,8%).

В группе НП в 7 (31,8%) случаях отмечены местные осложнения, а в К группе – у 9 (42,3%) больных. При этом тяжесть местных осложнений была выше в группе К. Так, частичный и тотальный некроз лоскута, отмечен только у пациентов группы К в 3 (14,3%) и 1 (4,8%) случаях соответственно, а в группе НП только 2 (9,1%) краевых некро-

за. Частота развития инфекционных осложнений была так же ниже у пациентов получавших НП. Так, пневмония диагностирована в 1 (4,5%) случае в группе НП и в 3 (14,3%) в группе К. При оценке длительности нахождения больных в стационаре выявлено, что в группе НП, при их развитии, она составила 20,7 койко-дней (к/д), а в – группе К увеличивалась до 27,2. Таким образом, НП является важным компонентом сопроводительной терапии при лечении больных плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта.

Экстренная торакоабдоминальная хирургия в практике детского онкогематологического стационара

Ускова Н.Г., Талыпов С.Р., Оганесян Р.С., Андреев Е.С., Меркулов Н.Н., Иванова Н.Н., Циленко К.С., Сухов М.Н., Грачев Н.С.

Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, Москва

Диагностика и лечение острых хирургических заболеваний и неотложных состояний, возникающих у пациентов с солидными опухолями, гемобластозами и патологией иммунной системы, часто вызывают трудности в практике хирурга детского онкогематологического стационара.

Цель сообщения – показать особенности клинической картины, диагностики и лечения острых хирургических заболеваний грудной и брюшной полостей у таких пациентов.

За период с января 2012 года по январь 2017 года в ННПЦ (ранее ФНКЦ) ДГОИ им. Д. Рогачева выполнено 6400 операций, из них в экстренном порядке – 273 (4,27%). Среди них: 143 на брюшной (52,38%), 71 на грудной (26,01%) полостях и 59 прочих операций (21,61%). Возраст пациентов на момент операции составил от 2 мес до 20 лет. Среди операций на грудной и брюшной полостях пункционным методом выполнено 82 (38,32%), из открытого доступа – 74 (34,58%), эндоскопически – 58 операций (27,10%). Все 58 эндоскопических операции – лапароскопии. Конверсия проведена в 14 случаях (24,14%). При операциях на грудной и брюшной полостях (214) интраоперационно отмечено 5 осложнений (2,35%): повреждение тонкой кишки при диагностической лапароскопии (1) и толстой кишки при открытой аппендэктомии (1), неудачная попытка пункционной нефростомии (1), ранение межреберных сосудов при пункции плевральной полости (1) и депрессия сердечной деятельности при перикардиотомии (1). В послеоперационном периоде отмечено 7 осложнений (3,29%): формирование тонко-толсто-толстокишечного инвагината после лапароскопической аппендэктомии (1), перфорация желудка при пункции абсцесса поддиафрагмального пространства после лапароскопической спленэктомии (1), несостоятельность швов стенки желудка после ушивания перфорации (1), спаечная кишечная непроходимость после лапаротомии, адгезиолизиса (1), формирование абсцесса правой подвздошной области после лапароскопической аппендэктомии (1), кровотечение из тканей передней брюшной стенки после лапаростомии у пациента с 4S стадией нейробластомы (1), длительный парез ЖКТ после резекции илеоцекального угла с наложением илеоасцендоанастомоза (1). В послеоперационном периоде отмечен 1 летальный исход (0,47%), причиной которого стал ДВС синдром, развившийся на фоне кровотечения из забрюшинного пространства у пациента 8 лет с ОМЛ.

Количественный анализ ИКД в оценке степени лучевого патоморфоза при раке прямой кишки

Усова А.В., Фролова И.Г., Афанасьев С.Г., Тарасова А.С., Фесик Е.А., Перельмутер В.М.

НИИ онкологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск

Оценка эффективности неоадъювантной лучевой терапии при раке прямой кишки является важной диагностической задачей ввиду прогностической значимости степени постлучевого регресса опухоли. Использование МРТ с высоким пространственным разрешением и диффузионных изображений является общепризнанным стандартом диагностики опухолей прямой кишки. Однако, МРТ критерии оценки эффективности лучевой терапии не разработаны. С целью определения информативности количественного анализа ИКД в оценке эффективности лучевого лечения обследовано 12 больных умереннодифференцированной аденокарциномой прямой кишки, получивших неоадъювантную лучевую терапию по радикальной программе. Исследование органов малого таза выполнялось на 1,5Т МР-томографе MAGNETOM ESSENZA (SIEMENS). Значение ИКД определялось по диффузионным картам (B = 800), количество измерений у каждого пациента составляло 2–5 в пределах опухоли, общее количество измерений – 29. Производилось определение количественного значения ИКД до и после лучевой терапии, а также степени прироста ИКД после облучения. Полученные данные сопоставлялись с результатами гистологического исследования операционного материала, включавшего определение объема остаточного паренхиматозного компонента опухоли и степени лучевого патоморфоза. Области измерения ИКД до и после облучения точно соответствовали друг другу и зонам гистологического исследования операционного материала. Различие уровня ИКД до и после лучевого лечения явилось статистически значимым (t = 5,12041, p = 0,0000002). При оценке взаимосвязи ИКД после лучевого лечения (r = –0,71253, p < 0,0001) и степени его прироста (r = –0,74136, p < 0,0001) с остаточным паренхиматозным компонентом опухоли была получена заметная обратная корреляция. При сопоставлении степени лучевого патоморфоза с количественным значением ИКД (r = 0,8526, p < 0,0001) и степенью его прироста после лучевой терапии (r = 0,88014, p < 0,0001), выявлена тесная взаимосвязь показателей. Таким образом, количественный анализ ИКД позволяет

оценивать выраженность лучевого патоморфоза при раке прямой кишки и может использоваться в качестве инструмента оценки эффективности лучевой терапии.

Оценка эффективности анестезиологического обеспечения ксеноном и дексмедетомидином при хирургическом лечении рака желудка

Фальтин В.В., Авдеев С.В., Афанасьев С.Г.

НИИ онкологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск

Наряду с исследованием уровня гормонов стресса, актуально изучение выраженности воспалительной реакции во время операции, как компонента стресс-ответа. Ксенон показал значительные преимущества перед другими анестетиками, однако его использование в виде мононаркоза невозможно при больших онкологических операциях. Комбинация ксенона и дексмедетомидина (альфа2-агониста), обладающего анксиолитическим и анальгетическим эффектами, в сочетании с эпидуральной аналгезией входит в концепцию мультимодальной анестезии, ее эффективность требует изучения при радикальных операциях в абдоминальной онкологии. В проспективное рандомизированное исследование вошли 53 пациента раком желудка II–III стадий. Средний возраст – 56 лет (26–75 лет), из них 30 мужчин и 23 женщины, ASA I–III, выполнены следующие операции: гастрэктомия – 21, субтотальная дистальная резекция желудка – 32. В основной группе (n = 27) проводилась комбинированная анестезия ксеноном и дексмедетомидином с эпидуральной аналгезией. В контрольной группе (n = 26) – анестезия севофлюраном с эпидуральной аналгезией. В обеих группах проводился интраоперационный мониторинг по Гарвардскому стандарту. Уровень АКТГ, СТГ, кортизола и цитокиновый профиль изучался методом иммуноферментного анализа, оценивали уровень IL-1β, IL-6 и СРБ перед и во время операции и после экстубации. Уровень всех маркеров до операции в обеих группах не различался (p > 0,05). В основной группе уровень АКТГ после экстубации и кортизола во время операции и после экстубации был ниже, но без значимых различий. Во время операции при использовании комбинации ксенона и дексмедетомидина выявлены значимо более низкие показатели СТГ – 3,4 мМЕ/л, в контрольной группе – 9,3 мМЕ/л (p < 0,05), провоспалительных цитокинов: ИЛ-1 – 2,06 пг/мл, ИЛ-6 – 22,4 пг/мл, СРБ – 3,74 мг/мл, в контрольной группе – 2,28 пг/мл, 56,2 пг/мл и 8,6 мг/мл соответственно. После экстубации наблюдалась аналогичная тенденция в основной группе СТГ – 2,5 мМЕ/л, в контрольной группе – 6,2 мМЕ/л (p < 0,05), провоспалительных цитокинов: ИЛ-1 – 1,88 пг/мл, ИЛ-6 – 141,0 пг/мл, СРБ – 5,15 мг/мл, в контрольной группе – 2,37 пг/мл, 241,0 пг/мл и 8,57 мг/мл соответственно. Таким образом, комбинация ксенона и дексмедетомидина характеризовалась значимым торможением системных воспалительных реакций и меньшим выбросом гормонов стресса.

Количественная оценка инфильтративных процессов на основе экспериментальной физической модели при компьютерной томографии легких

Федосеев М.А., Коновалов В.К., Колмогоров В.Г., Борисенко О.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Параметры, на которые врачи-диагносты обращают внимание при дифференциации шаровидных образований легких (ШОЛ) при компьютерной томографии (КТ), носят качественный характер. Например, можно встретить такие описания, как «гладкий», «неровный», «бугристый», «мультицикличный» и т.п.

В связи с этим необходима разработка способов количественной оценки границ инфильтративных процессов в динамике на основе экспериментальной физической модели.

При сравнительном анализе средних значений плотностей пикселей установлено их снижение в период между 15 и 18 часами экспозиции контрастной массы в агаре на 0,9 HU (p < 0,001). Через 21 час экспозиции произошло дальнейшее снижение плотности пикселей на 1 HU (p < 0,001) по сравнению с 18-часовой экспозицией и на 1,9 HU (p < 0,001) по сравнению с 24 часовой экспозицией. Через 24 ч плотность пикселей снизилась по сравнению с 21 часовой экспозицией на 1,6 HU (p < 0,001), по сравнению с 18-часовой экспозицией – на 2,6 HU (p < 0,001), по сравнению с 15 часовой экспозицией – на 3,5 HU (p < 0,001).

При сравнительном анализе средних значений плотностей пикселей с использованием линейной аппроксимации определялось снижение плотностей пикселей в период между 15 и 18 часами экспозиции контрастной массы в агаре на 1,3 HU (p < 0,001). При дальнейшей экспозиции до 21 часа плотность пикселей уменьшилась по сравнению с 18 часовой экспозицией на 0,5 HU (p < 0,05), а по сравнению с 15 часовой экспозицией на 1,8 HU (p < 0,001). После 24 часовой экспозиции контрастной массы в агаре плотность пикселей уменьшилась по сравнению с 21 часовой экспозицией на 1,5 HU (p < 0,001), по сравнению с 18 часовой экспозицией – на 2,0 HU (p < 0,001), по сравнению с 15 часовой экспозицией – на 3,3 HU (p < 0,001).

Следовательно, линейная аппроксимация y; R2 имеет бóльшую чувствительность в определении границ инфильтративных процессов.

Выводы:

1. Распределение средних значений плотностей пикселей слабо учитывает характер изменений инфильтративных процессов в гомогенной среде.

2. Применение линейной аппроксимации y; R2 при компьютерно-томографических исследованиях позволяет количественно оценивать границы инфильтративных процессов в динамике.

Выбор метода превентивного стомирования после формирования колоректального анастомоза при передних резекциях прямой кишки

Феоктистов Д.В., Аюпов Р.Т., Сулейманов Н.М., Акмалов Ю.М., Тарасов Н.А., Гарипов М.Р., Аглиуллин Р.Р., Зайнуллин Ф.Ш., Чебаева Л.П.

Республиканский клинический онкологический диспансер, Уфа

Внедрение сфинктеросохраняющих вмешательств позволяет избежать формирования постоянной колостомы у значительного числа больных раком прямой кишки. Использование подвздошной и толстой кишки в качестве превентивных петлевых илео- и трансверзостом определяется традициями принятыми в клинике или предпочтениями оперирующего хирурга.

Цель исследования: сравнение частоты ранних и поздних послеоперационных осложнений при формировании различных видом стом.

Нами были ретроспективно проанализированы истории болезни больных оперированных по поводу рака прямой кишки с 2013 по 2016 гг. Всем пациентам была выполнена передняя резекция прямой кишки как открытым, так и лапароскопическим способом с формированием превентивной трансверзо- или илеостомы. Всего выполнено 286 оперативных вмешательств: 56 (20%) лапароскопических и 230 (80%) открытых передних резекций прямой кишки с формированием превентивной стомы. Трансверзостома сформирована у 180 (63%) пациентов (I группа), а илеостома у 106 (37%) пациента (II группа). Все лапароскопические оперативные вмешательства заканчивались формированием илеостомы – 56 случаев.

Ранних послеоперационных осложнений при формировании трансверзостом не отмечено, при формировании илеостом их частота составила – 5,6% (6 случаев: перистомальный дерматит – 1 (0,9%), парез ЖКТ – 5 (4,7%)). Поздние послеоперационные осложнения при формировании стом были отмечены в I группе пациентов – 7 случаев (параколостомическая грыжа – 5 (2,8%), пролапс – 2 (1,1%), во II группе пациентов поздних осложнений отмечено не было. Восстановительные операции выполнены у 152 (84,4%) пациентов с трансверзостомой и у 96 (90,5%) пациентов с илеостомой. Среднее время закрытия стом составило в I группе – 12 ± 3 недели, во второй группе – 13 ± 4 недели. Сроки проведения реконструктивной операции зависели от наличия осложнений, проведения химиотерапии. Для закрытия трансверзостом использовали как внебрюшинный, так внутрибрюшинный метод закрытия, при наличии илеостомы выполнялась резекция петли подвздошной кишки. При закрытии колостом у 11 больных (6,1%) наблюдалось несостоятельность швов анастомоза, у 23 больных (12,7%) нагноение послеоперационной раны. В одном случае потребовалось релапаротомия. При ликвидации илеостом осложнений не выявлено.

Выводы: преимуществом илеостомы является меньшее число осложнений как при ее формировании, так и после реконструктивной операции.

Возможности ультразвуковой диагностики при гемангиомах печени у детей

Феоктистова Е.В., Амосова А.А., Тарасов М.А., Петрушин А.В., Моисеенко Р.А.

Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева Минздрава России, Москва

Актуальность. Современные возможности метода УЗИ у детей с подозрением на «объемное образование печени» позволяют провести как скрининговое обследование, так и дифференциальную диагностику между сосудистыми и солидными образованиями.

Цель исследования: оценить возможности УЗИ в диагностике очаговых новообразований печени и выявить характерные УЗ признаки гемангиом печени.

Материал и методы. В период с 04.2013 по 08.2016 г. обследованы 79 детей с объемными образованиями печени в возрасте от 1 мес до 9 лет. Размеры образований: от 1 до 1011 см3 в диаметре, медиана 216 мл. Всем пациентам проводилось УЗИ с ЦДК и ИД, КТ с контрастным усилением, 34 (43%) ангиография, 15 (19%) МРТ с контрастным усилением, 36 (45%) биопсия образования. 45 пациентам (57%) поставлен диагноз «первичная злокачественная опухоль печени» (гепатобластом 36 (80%), карцином 4 (9%) и рабдомиосарком 5 (11%)). У 34 (43%) «сосудистое образование печени» («гемангиома печени» 29 (85%), «множественные артерио-венозные мальформации печени» 3 (9%), «фокально нодулярная гиперплазия печени» 1(3%), «мезенхимальная гамортома печени» 1 (3%)). Диагноз «гемангиома печени» подтвержден данными комплексной визуализации и катамнеза в сроки с 06.2013 по 10.2016 г. и не у одного пациента не был изменен.

Результаты. Критерием точности была корреляция данных между УЗИ, КТ, МРТ, гистологическим исследованием и ангиографии. У всех детей с диагнозом «Гемангиома печени» выявлены УЗ-признаки: повышенная эхогенность образования с наличием центральной аваскулярной зоны 19 (65%), наличие кальцинатов в центре образования 16 (48%), кровоток по периферии 20 (55%), наличие питающей артерии и расширение дренирующей печеночной вены 26 (72%). ARFI-эластография проводилась у 14 (48%) – при сравнительном анализе результатов гемангиомы оказались одними из самых жестких из солидных опухолей печени у детей – медиана составила 2,04 м/сек, в неизмененной паренхиме не более 1,33 м/с, у гепатобластом – 1,85 м/с. Специфичность УЗИ – 98%, чувствительность УЗИ в группе сосудистых образования по отношению ко всем очаговым образованиям печени – 96%. Обсуждение. УЗИ с ДГ имеет ряд преимуществ в диагностике сосудистых образований печени. Учитывая неинвазивность и доступность метода, исследование рекомендовано детям первого года жизни с новообразованиями печени в качестве первичного обследования, а у пациентов с сосудистыми образованиями печени для динамической оценки.

Результаты генетического тестирования пациенток с первично-множественными злокачественными новообразованиями женской репродуктивной системы

Филиппова М.Г., Данишевич А.М., Семьянихина А.В., Любченко Л.Н.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Первично-множественные злокачественные новообразования (ПМЗН) встречаются с частотой от 0,8 до 16%, однако ПМЗН органов женской репродуктивной системы (ЖРС) преобладают и составляют около 20%. ПМЗН ЖРС представляют собой этиологическую гетерогенную группу заболеваний, требующую подробного молекулярно-генетического исследования.

Материалы и методы. Проведено молекулярно-генетическое тестирование образцов ДНК 252-х пациенток, страдающих ПМЗН ЖРС, распределенных по группам: двухсторонний рак молочной железы (ДРМЖ) – 106 чел.; рак молочной железы (РМЖ) и рак яичников (РЯ) – 47 чел.; одна из опухолей РМЖ или РЯ в сочетании с опухолями других локализаций – 85 чел.; 3 и более опухоли у одной пациентки – 14 чел. Семейный анамнез был отягощен РМЖ, РЯ, раком толстой кишки, раком тела матки, меланомой, раком легких, саркомами и др. Алгоритм включал молекулярно-генетического тестирование на наличие распространенных мутаций в генах BRCA1/2, CHEK2 методом Realtime-PCR. В случае отрицательного результата, дальнейшее обследование проводилось методом массивного параллельного секвенирования (NGS) на платформе GS Junior (454/Roche), кодирующих участков генов вовлеченных в канцерогенез опухолей ЖРС.

Результаты. В группе пациенток с ДРМЖ мутации в генах BRCA1/2 и CHEK2 выявлены у 16,2% и у 10,5% пациенток соответственно. В группе РМЖ и РЯ мутации в генах BRCA1/2 выявлены в 51%, мутаций в гене CHEK2 в этой группе не выявлено. Среди гетерогенной общей группы ПМЗН мутации в генах BRCA1/2 и CHEK2 выявлены у 5,1 и 4,2%; в группе пациенток, имевших три и более опухоли – у 21 и 14,3% соответственно.

NGS секвенирование образцов ДНК пациенток с различными типами ПМЗН ЖРС, отобранным согласно критериям синдромальной патологии и семейного анамнеза выявило как полиморфные варианты (VUS), так и патогенные мутации в генах BRCA1/2, CHEK2. Редкие мутации в гене TP53 выявлены в группах пациенток с ДРМЖ и общей группе ПМЗН. Мутации в генах MSH2, MLH1 и др. обнаружены преимущественно в общей группе ПМЗН.

Выводы. Скрининг в генах BRCA1/2 и CHEK2 имеет наибольшую эффективность при ДРМЖ и РМЖ/РЯ, для остальных групп ПМЗН подход NGS секвенирования является наиболее эффективным методом диагностики. Совершенствование методов диагностики, профилактики, расчета рисков, направлено на повышение качества жизни больных и медико-генетического консультирования.

Совершенствование онкологической помощи населению Республики Татарстан путем выявления рисков и управления ими

Хайруллин И.И., Габитова С.Е.

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, Казань

Актуальность. Вопросы повышения качества онкологической помощи населению остаются одними из приоритетных в деятельности здравоохранения. За рубежом для формирования устойчивости медицинской организации к происшествиям, несчастным случаям, потерям широко внедрена концепция управления рисками, которая позволяет выявить скрытые источники опасности, выработать меры противодействия. Проведенный нами анализ выявил единичные факты успешного внедрения систем управления рисками в РФ.

Цель. Определить виды рисков, существующих при организации деятельности первичных онкологических кабинетов (ПОК) для последующего их устранения и/или минимизации их влияния.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 76 ПОК (ПОО) – основное звено онкослужбы на догоспитальном этапе. Единица наблюдения – случай выявленного неблагоприятного события, влияющего на организацию работы врача ПОК.

Результаты. На первом этапе исследования нами была получена и описана информация об имеющихся в ПОК (ПОО) медицинских организаций рисках. В 2016 г. в ГАУЗ РКОД МЗ РТ разработана, утверждена МЗ РТ и внедрена в работу карта рисков, которая позволяет установить факторы, оказывающие негативное влияние как на каждом этапе оказания помощи пациенту, так и в контексте деятельности всей медицинской организации. Наличие в карте данных, подтверждающих факт риска являются сигналом для проведения мероприятий по их устранению. На втором этапе, с целью оценки рисков, был применен метод экспертных оценок. Суть которого заключалась в получении количественных оценок риска на основании обработки мнений специалистов онкологов и организаторов здравоохранения. Для каждого риска определялась категория ущерба – высокая, средняя, низкая и также определялась вероятность наступления такого события. На основании критериев оценки была сформирована агрегированная карта рисков.

Выводы. Обобщив данные мы определили риски, влияющие на качество оказания онкологической помощи. Все риски нами были разделены на две группы: основные и вспомогательные. К основной группе нами были отнесены риски: кадровые, риски преемственности оказания онкологической помощи, риски, связанные с диагностическими процессами и риски связанные с организацией работы мужских смотровых кабинетов.

К вспомогательным мы отнесли риски связанные с ведением учетно-отчетной документацией и работу в информационной системе.

Оптимальные сроки выполнения реконструктивно-восстановительного этапа после операций типа Гартмана у пациентов с осложненными формами колоректального рака

Халиков М.М., Гатауллин И.Г., Тойчуев З.М.

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, Казань;
Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования МЗ РФ, Казань

Цель. Улучшение непосредственных и отдаленных результатов реконструктивно-восстановительных операций у пациентов с осложненными формами колоректального рака

Методы. Работа основана на клиническом опыте лечения 107 пациентов, которым выполнен реконструктивно-восстановительный этап в условиях специализированного онкологического учреждения, после проведенной ранее операции типа Гартманна по поводу осложненного колоректального рака. Обструктивные резекции левой половины ободочной кишки выполнялись в отделениях неотложной хирургии

Результаты. Реконструктивно-восстановительные операции проводились на различных сроках после первичной операции (от 1,5 мес до 2 лет), так как сроки восстановления непрерывности кишечника после операций типа Гартманна на сегодняшний день не определены. Для оценки функционального состояния сфинктера прямой кишки всем пациентам проводили сфинктерометрию в предоперационном периоде. С целью выявления прогрессирования заболевания проводили морфологический анализ удаляемых операционных препаратов. Для оценки морфологических изменений на различных сроках в дистальной культе отключенной кишки проводили гистологическое исследование. В последующем по результатам морфологического исследования 31 пациенту была проведена адьювантная химиотерапия по схеме Folfox – 6 курсов, 4-м пациентам – адьювантная лучевая терапия классическими фракциями по 2 Гр ежедневно до СОД 40 Гр.

Выводы. Реконструктивный этап операции у пациентов, раннее перенесших операцию типа Гартманна по поводу осложненного колоректального рака, должен проводиться в онкологических учреждениях, либо в специализированных отделениях, обладающих всеми возможностями современных методов хирургического, лучевого и лекарственного лечения рака толстой кишки. На основании функциональных и морфологических исследований оптимальными сроками выполнения реконструктивного этапа следует считать 1–3 месяца с момента первичной операции.

Оценка курации пациенток с раком шейки матки по динамике концентрации уровня онкомаркёра SCC

Хамадеева Г.Ф., Усманова Г.А., Байкеев Р.Ф.

Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Казань;
Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, Казань

Актуальность. Оценка эффективности курации пациенток с раком шейки матки (РШМ) носит комплексный характер и остается важной клинической задачей, и включает биопсию опухоли и лимфоузлов, определение уровня онкомаркёра SCC. Указанный подход является безусловно объективным, однако отсутствуют строгие нормативные критерии, обоснованные статистически.

Цель: оценить информативность определения концентрации онкомаркёра SCC в ходе курации пациенток с РШМ.

Материалы исследования: 63 пациентки РКОД МЗ РТ с диагнозом С53.0-53.9.

Методы: контент-анализ, регистрация SCC, дескриптивная статистика и корреляционный анализ.

Результаты. Доля пациенток с гистологически подтвержденной стадией заболевания по совмещенной классификации (FIGO/TNM) составила, соответственно, %: 0/Tis – Ib/T1b – 20,25, II/T2 – IV/T4 – 79,75.

Пациентки при обсчете значений SCC клинически были классифицированы в зависимости от:

1. стадии по TNM на следующие категории: T (T1, T2, T3, T4), N (N0, N1, Nx) и M (M0, M1). Установлена разница между T1 и T4 (p = 0,0157), N0 и N1 (p = 0,0423), N0 и Nx (p = 0,0002). Статистически достоверный коэффициент корреляции Spearman's rho установлен между уровнем SCC и T-стадией: 0,239 (p = 0,0459), а также между SCC и N-стадией: 0,411 (p = 0,0004).

2. гистологического типа опухоли: плоскоклеточный рак (ороговевающий, неороговевающий, низкодифференцированный, умереннодифференцированный), аденокарцинома; различия не выявлены.

3. динамики концентрации онкомаркёра: положительная (уменьшение SCC); отрицательная (увеличение SCC); отсутствие ее (нет изменения SCC), соответственно: 46,03, 50,79, 3,17%.

4. количества циклов химиотерапии (1–5): различия между концентрацией SCC до лечения и после отдельных циклов не выявлены, также отсутствует корреляция концентрации SCC с количеством циклов.

Вывод: гистологически различные виды РШМ по значению SCC не дифференцируются. Нет достоверной корреляции между уровнем SCC и количеством циклов химиотерапии. Оценка состояния пациенток по значению SCC носит ограниченный характер: дифференцируются стадии T1 и T4, N0 и N1, N0 и Nx.

Особенности лечения больных раком желудка, имеющих конкурирующую сердечно-сосудистую патологию

Ханевич М.Д., Карасева Н.А., Юрьев Е.Ю., Гипарович М.А.

Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург

Пациенты с раком желудка более чем в 25% имеют выраженную патологию со стороны сердечно-сосудистой системы, в том числе инфаркт миокарда в анамнезе. Наличие сопутствующей патологии ставит под сомнение вопрос перед хирургом о возможности проведения радикального вмешательства.

Цель. Изучить влияние конкурирующей сердечно-сосудистой патологии у пациентов с раком желудка и наличием показаний к проведению радикальной операции, на выбор тактики лечения.

Материалы и методы. В результате анализа 270 случаев больных раком желудка, поступивших для хирургического лечения, было установлено, что 5 (1,9%) больных получили отказ по причине выраженной патологии со стороны сердечно-сосудистой системы врачебным консилиумом. У 40 (14,8%)больных опухоль признана нерезектабельной. Таким образом у 225 (83,3%) пациентов с раком желудка, была выполнена гастрэктомия (с R0 резекцией) или субтотальная резекция, включающие лимфодиссекцию D2. Наличие сердечно-сосудистой патологии установлено у 146 (64,9%) больных. У 18 (8,0%) больных имел место инфаркт миокарда в анамнезе. Осложнения в интра- и послеоперационном периодах были зафиксированы у 35,2% больных исследуемой группы. Летальность составила 3,4%. При этом причиной смерти у одного больного стал повторный инфаркт миокарда. Наиболее частыми осложнениями являлись нарушения сердечного ритма у 16 (10,9%) больных, острый коронарный синдром – у 3 (2,7%), воспалительно-гнойные осложнения со стороны операционной раны – у 15 (10,2%), внутрибольничная послеоперационная пневмония – у 7 (4,7%).

Выводы. Пациенты с наличием конкурирующей сердечно-сосудистой патологии были подвержены послеоперационным осложнениям в большей мере, чем без нее, что следует учитывать при оценке операционного риска. Полученные данные необходимо принимать во внимание при планировании лечения больных раком желудка. Кроме того данная группа требует больших трудовых, материальных и финансовых ресурсов.

Подходы к лечению метастазов колоректального рака печени

Ханевич М.Д., Манихас Г.М., Диникин М.С., Зорина Е.Ю., Хлобыстина А.Г.

Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург

Проанализированы результаты лечения 122 пациентов с метастазами колоректального рака в печени. Из них у 67 пациентов имели место метахронные метастазы, у 55 – синхронные. У 8 пациентов число метастазов в печени достигало 20. Из них у 5 пациентов число циклов полихимиотерапии превышало 8. У этой группы больных отмечалось исчезновение части метастазов на момент операции, что позволило произвести хирургическое вмешательство.

У 53 пациентов выполнен молекулярно-генетический анализ опухоли. По прогнозу заболевания пациенты были разделены на 3 группы: в группу благоприятного прогноза вошел 21 пациент, в группу промежуточного прогноза – 24 пациента, в группу неблагоприятного прогноза – 9 пациентов. В группе неблагоприятного прогноза одногодичная медиана выживаемости не была достигнута. Медиана выживаемости в группе промежуточного прогноза оставила 36,6 мес, а при благоприятном прогнозе 3-летняя выживаемость составила 87,5%. Общая выживаемость пациентов составила 48 мес. Медиана выживаемости среди пациентов синхронными и метахронными метастазами составила 36 и 48 мес соответственно. Из 122 умели 33 (27,1%) пациента. Остаются под наблюдением в сроки от 6 до 70 мес 81 пациент.

Таким образом, хирургические успехи в лечение метастазов в печени достигнуты благодаря эффективным химиотерапевтическим препаратам. Прогноз течения заболевания определяется не только прогностическими факторами распространенности процесса на момент диагностики, но и молекулярным портретом опухоли. Излишнее назначение химиотерапии значительно осложняет последующее хирургическое лечение.

Эндоваскулярные вмешательства и криовоздействие в хирургическом лечении сарком мягких тканей конечностей

Ханевич М.Д., Манихас Г.М., Куканов М.А., Хазов А.В.

Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург

Актуальность. В 60% случаев саркомы мягких тканей локализуются на конечностях. Частота рецидивов после радикального лечения этих опухолей достигает 30%. Лечение подобных больных часто сопровождается инвалидизацией.

Цель исследования. Оценить результаты использования эндоваскулярных вмешательств и криохирургии в лечении сарком мягких тканей конечностей.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 240 пациентов с первичными и рецидивными саркомами мягких тканей конечностей диаметром более 5 см, расположенными глубже собственной фасции конечности. В 94 случаях (основная группа) пациентам проводилось предоперационное ангиографическое исследование. Всем пациентам основной группы проводилось хирургическое лечение с интраоперационным криовоздействием на ложе удаленной опухоли. Контрольную группу составили 146 пациентов с саркомами мягких тканей конечностей, подвергнутых только хирургическому лечению.

Результаты. Установлено качественные особенности кровоснабжения сарком мягких тканей конечностей и их количественное соотношение. Редукции кровотока путем выполнения селективной эмболизации питающих опухоль сосудов удалось добиться у 53 (56,4%) пациентов.

Предоперационное криовоздействие проводилось 16 пациентам. Некроз более 50% опухоли диагностирован у 15 (93,7%) из них. Некроз 95% опухолевой ткани выявлен у 8 (50,0%) из 16 пациентов.

Макроскопически определяемая и гистологически подтвержденная опухолевая ткань (R2-резекция) после хирургического этапа лечения сохранялась у 9 (5,8%) пациентов из 240 вошедших в исследование. R1-резекция выполнена 52 (21,7%) пациентам.

Непосредственные результаты лечения были сопоставимы в исследуемых группах больных. Однако в группе больных с выполненной эмболизацией сосудов объем интраоперационной кровопотери снизился в 1,4 раза по сравнению с контрольной группой.

Количество местных рецидивов уменьшилось в группе больных с выполненной эмболизацией питающих опухоль сосудов и криовоздействием в 1,8 раза по сравнению с контрольной группой. В группе пациентов с криовоздействием количество местных рецидивов снизилось в 1,6 раза.

Количество рецидивов сарком мягких тканей конечностей в подгруппе больных с R2 резекцией, после проведенного лечения с использованием ангиографических методов и криовоздействия, сопоставимы с результатами изолированного хирургического лечения пациентов с R0 резекциями.

Определение неблагоприятных факторов прогноза рака молочной железы первой стадии

Хузина Д.Р., Исмагилов А.Х.

Республиканский клинический онкологический диспансер, Казань

Актуальность темы. За последние 10 лет удельный вес больных данной патологии, выявляемых на ранних стадиях, повысился. Пятилетняя выживаемость при первой стадии рака молочной железы достигает 95%. В последние годы отмечается прогресс в лечении 2–3 стадии заболевании, однако при первой стадии рака молочной железы показатель выживаемости стабилен. Дальнейшая возможность снижения этого показателя не изучена. В связи с чем необходимо определить фактор влияния на показатель локорегионального рецидивировния, отдаленного метастазирования и показателя смертности при случаях малых размеров опухоли (до 2 см). Поиск факторов, способных прогнозировать отдаленные результаты, привел к созданию классификации РМЖ, основанной на определении иммуногистохимических маркеров. В настоящее время актуальной задачей является изучение молекулярно-генетических особенностей опухолей и выявление новых генетических факторов прогноза течения онкологического процесса. В странах занимающихся данной проблемой проводятся многочисленные исследования по выявлению генетических маркеров отдаленного метастазирования (Solinetal., 2012). Эти исследования ознаменовались созданием прогностических генетических сигнатур, многие из которых используются в клинической практике (Oncotype DX, Mammaprint). В связи с отсутствием возможности использования в клинической практике генных «сигнатур» в нашей стране, необходимо сформировать тактику прогнозирование течения у пациентов с узловой формой рака молочной железы первой стадии на основание объема и характера лечения, определить корреляцию факторов прогрессирования от гистологического подтипа опухоли, выявить причины рецидивирования и исход лечения при рмж различных локализаций.

Цель исследования: прогнозирование течение у пациентов с узловой формой РМЖ 1 стадии.

Задачи:

1. Оценить отдаленные результаты лечения РМЖ pT1N0M0.

2. Выявить корреляцию факторов прогрессирования от объема и характера проведенного лечения, гистотипа и фенотипа опухоли.

3. Определить период высокого риска прогрессирования заболевания.

4. Составить алгоритм диагностики и лечения РМЖ при 1 стадии.

Методы исследования. Ретроспективный анализ архивных данных пациенток с раком молочной железы 1 стадии, прошедших хирургическое лечение с 1998 г.

Вывод: анализ промежуточных данных, обзор литературы о проводимых прогностических и предиктивных факторах риска прогрессирования РМЖ.

Опыт применения эластографии в условиях специализированной онкологической медицинской организации

Хуснияров М.Х., Серов О.В., Целебровская О.Н., Яценко Т.Г.

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РБ, Уфа

Метод ультразвуковой эластографии (СЭГ) в условиях РКОД применяется с 2012 года, за это время выполнено 377 исследований. Из числа осмотренных больных у 228

(60,5%) имелись новообразования разной локализации. Из них у 168 (73,7%) были опухоли молочной железы, у 34 (14,9%) – щитовидной железы, у 18 (7,9%) – мягких тканей, у 8 (3,5%) – яичка.

Всего осмотрено 168 пациентов с очаговыми образованиями молочных желез.

Из них 7 мужчин: 2 с гинекомастией, жестокость очага составила 2–8 кПа, прилежащих тканей 8–22 кПа; пятеро с раком, жестокость очага 45–100 кПа, прилежащих тканей 18–37 кПа. Осмотрены 161 женщины с очаговыми образованиями молочных желез. При раке молочной железы жестокость очага составила 0–280 кПа, прилежащих тканей 55–200 кПа (73 пациентки). При фиброаденоме жестокость очага составила 16–24 кПа, прилежащих тканей 12–38 кПа (35 человек). При кистозных образованиях получены сопоставимые результаты: кисты с воспалением – жестокость очага 0–4 кПа, прилежащих тканей 14–44 кПа (5 исследований); киста с гетерогенным содержимым – жестокость очага составила 0–3 кПа, прилежащих тканей 8–32 кПа (18 исследований). Липома – жестокость очага составила 8–32 кПа, прилежащих тканей 8–34 кПа (11исследований). С гранулёмой обследовано 12 женщин, жестокость очага составила 23–45 кПа, прилежащих тканей 12–38 кПа. При внутрипротоковой папилломе корректных данных не выявлено, прежде всего, из-за затруднения визуализации и малых размеров образований (7 наблюдений).

По результатам наших наблюдений можно сделать следующие краткие выводы.

Как и при других ультразвуковых методиках, СЭГ «операторозависимый» метод.

Особую ценность имеет эластография при дифференциальной диагностики кисты и фиброаденомы молочной железы.

Имеет смысл проведения эластометрии в очагах размеров более 10 мм в максимальном измерении.

Мало информативна СЭГ при отёчных состояниях молочных желез без видимого очагового образования, при внутрипротоковых образованиях.

Измерения жесткости в прилежащих к патологическому очагу участках дают дополнительные данные.

Метод соноэластографии является ценным дополнением к имеющемуся арсеналу ультразвуковой диагностики опухолевых образований.

Возможности эндовидеохирургии в лечении cT4b опухолей прямой и ободочной кишки

Черниковский И.Л., Алиев И.И., Смирнов А.А., Саванович Н.В., Гаврилюков А.В.

Санкт-Петербургский Клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический), Санкт-Петербург

Введение. Данные о целесообразности применения лапароскопических методов лечения при местно-распространенном колоректальном раке остаются противоречивыми.

Целью нашего исследования является оценка безопасности и эффективности лапароскопических мультивисцеральных резекций при раке ободочной и прямой кишки.

Материалы и методы. В исследование включены 86 пациентов, имевших опухоли ободочной или прямой кишки со степенью инвазии cT4b, оперированных за период 2013 по 2015 гг. Лапароскопические и традиционные операции при опухолях толстой кишки с инвазией в соседние органы были выполнены 42 и 44 больным соответственно.

Результаты. Лапароскопически выполнены следующие вмешательства: 10 пациентам (23,8%) выполнена лапароскопическая резекция кишки, комбинированная с экстирпацией матки с придатками, 5 (11,9%) – с резекций печени, 5 (11,9%) – с аднексэктомией, 5 (11,9%) – с резекцией тонкой кишки, 2 (4,8%) – со спленэктомией, 3 (7,1%) – с атипичной резекцией желудка, 2 (4,8%) – с резекцией мочеточника, 2 (4,8%) – с нефрэктомией, 5 (11,9%) с резекцией мочевого пузыря. 3 (7,1%) пациентам выполнена лапароскопическая тотальная экзентерация таза. Конверсия доступа при лапароскопии производилась 4 (9,6%) раза. Средний объем кровопотери при лапароскопических операциях – 205 мл, при традиционных – 480 мл. Средняя продолжительность операции составила 201 и 150 минут.

R0 резекции удалось добиться в 90% случаев в лапароскопической группе (38 больных) и в 84% в открытой (37 больных). Среднее количество исследованных лимфатических узлов в обеих группах составила 14. Средняя продолжительность нахождения больного в стационаре составила 15 койко-дней среди лапароскопически оперированных и 23 после традиционных вмешательств. Частота послеоперационных осложнений составила 22% (8) и 13% (6) соответственно. Достоверная инвазия по данным морфологического исследования в обеих группах составила 56 и 61%. В остальных случаях имели место инфильтрация или перифокальное воспаление, переходящее на соседний орган.

Выводы. Лапароскопические мультиорганные резекции при раке прямой и ободочной кишки являются эффективными с точки зрения онкологической радикальности, при этом объем кровопотери и продолжительность послеоперационного периода достоверно меньше, чем при традиционных вмешательствах.

Является ли старческий возраст и коморбидный статус противопоказанием для лапароскопических колоректальных резекций?

Черниковский И.Л., Гельфонд В.М., Загрядских А.С., Савчук С.А., Гаврилюков А.В., Моисеенко В.М.

Санкт-Петербургский Клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический), Санкт-Петербург

Актуальность. Возраст является одним из основных факторов риска смерти от колоректального рака (KPP). В Санкт-Петербурге в 2013 г. среди 2981 больного с вперв-

вые выявленным КРР 1178 – оказались старше 75 лет, что составило 39,5%. Место лапароскопических (LS) радикальных вмешательств у больных КРР пожилого и старческого возраста до сих пор изучается. Есть основания полагать, что LS-резекции прямой и ободочной кишки при КРР могут стать оптимальной опцией для лиц преклонного возраста.

Цель. Оценить собственный опыт хирургического лечения больных КРР старческого возраста, выявить преимущества и недостатки LS доступа у данного возрастного контингента, определить безопасность LS-резекций для пациентов данной возрастной группы.

Материалы и методы. Представлены результаты резекций прямой и ободочной кишки, которым подверглись 106 больных КРР старше 75 лет с 2013–2015 г. Пациенты были разделены на 2 группы: 66 больных, перенесших открытую хирургическую операцию и 40 – LS вмешательство. Группы были сопоставимы по шкалам ASA, CR-POSSUM, ИМТ и возрасту. Распределение больных по стадии заболевания и виду хирургического вмешательства не имело статистически значимых различий.

Результаты. Достоверно меньшей оказалась средняя продолжительность операции в LS группе – 127 мин, при 146 мин среди прооперированных открыто. Интраперационная кровопотеря оказалась несколько выше при лапаротомии, и составила 167 *vs* 109, однако различия были не достоверны ($p = 0,36$). По качеству лимфодиссекции и адекватному объему резекции группы не отличались. Средний койко-день в LS группе оказался несущественно меньшим ($p = 0,43$). Осложнения встречались в обеих группах примерно с одинаковой частотой (13,6 *vs* 15,0%), которая не превышала среднего показателя в других возрастных группах. Медиана наблюдения за больными составила 16 мес (6–30 мес). Среди пациентов, прооперированных открытым способом умерло в 2 раза больше больных. Тем не менее, различия не достигли статистической достоверности.

Выводы: LS-резекции прямой и ободочной кишки при КРР у лиц старческого возраста могут быть безопасными. По всем сравниваемым параметрам преимуществ методики не выявлено. Отмечена тенденция к увеличению доли смертей в отдаленном периоде от не связанных с КРР причин среди пациентов старческого возраста, прооперированных открытым способом.

Сравнительная характеристика сфинктеросохраняющих лапароскопических низких резекций прямой кишки

Черниковский И.Л., Смирнов А.А., Комяк К.Н., Саванович Н.В., Гаврилюков А.В., Моисеенко В.М.

Санкт-Петербургский Клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический), Санкт-Петербург

Введение. Лапароскопическая ультранизкая передняя резекция прямой кишки (УНПРПК) сопровождается тремя проблемами: необходимостью формировать превентивную стому; сложностями с адекватной оценкой границы резекции при дистальном степлинге; большими затратами на расходные материалы. Альтернативной методикой является лапароскопическая pull-through резекция прямой кишки с колоанальным hand-sewn анастомозом (брюшно-анальная резекция прямой кишки – БАР).

Материалы и методы. Критериями включения являлись локализация нижнего края аденокарциномы cT1–3N0–2M0 на 2–5 см от зубчатой линии и отсутствие признаков инвазии в сфинктер и леваторы. 24 пациента перенесли LS-УНПРПК, 18 больным была произведена LS-БАР. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ, шкале CR-POSSUM. Неоадъювантную ХЛТ получили 32 пациента. Оценивались продолжительность хирургического вмешательства, интраоперационная кровопотеря, послеоперационные осложнения, качество ТМЭ по критериям P. Quirke, функциональные результаты по шкале Векснера и результатам сфинктерометрии через 12 мес после операции.

Результаты. Средняя продолжительность операций в группах достоверно не отличалась: 206 ± 46 мин *vs* 216 ± ± 24 мин ($p = 0,72$). По объему средней кровопотери различия также были не достоверны: 85 мл *vs* 113 мл ($p = 0,93$). Во всех случаях циркулярный и дистальный края резекции были интактны. У 18 больных 1-й группы (75%) и у 14 пациентов 2-й группы (77,8%) качество тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ) было оценено как grade 3 ($p = 0,83$). В 1-й группе осложнения, не потребовавшие повторного оперативного вмешательства, возникли в 5 случаях (20,8%): 3 (12,5%) – несостоятельность, 1 (4,2%) – стриктура анастомоза и 1 (4,2%) – задержка мочи. Количество послеоперационных осложнений во 2-й группе составило 5 (27,8%): некроз низведенной кишки у 2 больных (11,1%) и несостоятельность колоанального анастомоза у 1 (5,6%) потребовали повторной операции; 2 пациентам (11,1%) выполнили бужирование в связи со стриктурой анастомоза. По шкале Векснера отличия между группами были недостоверны (5,2 *vs* 5,9), также не было различий между группами при сфинктерометрии (15,8 *vs* 16,4 мм рт. ст).

Выводы. По основным сравниваемым параметрам обе методики сопоставимы. Функциональные результаты БАР и УНПРПК на сроках более 12 мес становятся идентичны и напрямую не зависят от формирования резервуаров.

Молекулярные маркеры в диагностике, лечении и прогнозе рака желудка

Черноусов А.Ф., Решетов И.В., Немцова М.В., Хоробрых Т.В., Быков И.И., Романенко Е.В.

Университетская клиническая больница №1 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Москва

С цель поиска системы диагностики, оценки эффективности комбинированной терапии и определения прогноза у больных раком желудка мы провели исследование, в которое были включены 339 пациентов: 289 больных раком желудка и 50 больных ЖКБ, которые прошли лечение в УКБ№1 ПМГМУ им. И.М.Сеченова с 2006 по 2016 гг.

Среди больных раком желудка, 57,4% (166) составляли мужчины, 42,6% (123) – женщины. В исследовании преобладали пациенты возраста >60 лет. В зависимости от стадии опухолевого процесса пациенты разделились: I стадия – 91 (31,5%) больных, II стадия – 78 (27%), III стадия – 96 (33,2%), IV стадия – 24 (8,3%).

Всем пациентам было выполнено оперативное лечение, патоморфологическое исследование. 124 пациентам проводилась химиотерапия.

В дальнейшем пациенты были разделены на несколько групп.

В первую вошли 106 больных раком желудка и 50 больных ЖКБ (как группа сравнения), у них апробирована система диагностических маркеров: определение аномального метилирования генов *CDH1, RASSF1A, MLH1, N33, DAPK*, экспрессии генов *hTERT, MMP7, MMP9, BIRC5, PTGS2, TP53*, активности теломеразы (АТ).

Во вторую группу вошли 103 больных раком желудка, перенесших резекцию желудка, у них апробирована система прогностических маркеров: определение аномального метилирование генов *CDH1, RASSF1A, MLH1, N33, DAPK, RUNX3.*

В третью группу вошли 80 больных с местно-распространенным раком желудка, у них апробирована система маркеров оценки эффективности комбинированной терапии: определение полиморфизмов генов *TYMS* и *TP53*.

Определение метилирования генов *RASSF1A, MLH1*, экспрессии генов *MMP7, hTERT, BIRC5, AT* возможно использовать для диагностики рака желудка, в том числе и в эндоскопически полученных препаратах слизистой.

Метилирование генов *N33, CDH1, RUNX3* – маркер неблагоприятного прогноза, связанный с генерализацией.

Дооперационное генотипирование перспективно для определения эффективности адъювантной химиотерапии на основе фторпиримидинов после хирургического лечения у больных раком желудка, т. к. генотипы 2R/3R, Arg/Pro и Arg/Arg связаны с лучшей эффективностью схем химиотерапии на основе 5-ФУ, а генотипы 3R/3R и Pro/Pro – с худшей.

Опухоли околощитовидной железы в практике онколога

Чернышев В.А., Хамидуллин Р.Г., Рудык А.Н., Бусыгин М.А.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Татарстана, Казань

В период с 2000 по 2016 гг. в отделении ОГиШ РКОД МЗ РТ оперировано 115 больных новообразованиями ОЩЖ с различными клиническими формами ПГПТ – от инцеденталом до тяжелых форм заболевания, сопровождающимися множественными осложнениями, в том числе и патологическими переломами. Женщин было 107 (93%), мужчин – 8 (7%). Возраст больных варьировал от 18 до 82 лет. Выраженная клиника ПГПТ (переломы костей, остеопороз, МКБ и нефрокальцинез) была у 51 больного. 9 пациентов перенесли биопсию «опухолей» костей, 3 – эндопротезирование суставов. Сочетание гиперпаратиреоза с заболеваниями ЩЖ имелось у 71 больного. У 41 был диагностирован узловой или многоузловой эутиреоидный зоб, у 10 пациентов – аденома ЩЖ, у 9 – многоузловая форма АИТ, у 11 пациентов – РЩЖ. Топическая диагностика опухолей ОЩЖ строилась в основном на данных УЗИ (у 64 больных), сцинтиграфии с технетрилом (у 53 больных), реже (у 10 больных) – на данных РКТ шеи и средостения (при эктопическом расположении аденом ОЩЖ). У всех оперированных больных было выявлено поражение одной ОЩЖ. Поражение правой нижней ОЩЖ было у 37, правой верхней – у 28, левой нижней – у 39, левой верхней – у 31 больных. Расположение опухоли ОЩЖ в типичном месте наблюдалось у 99 пациентов, эктопическое расположение (в передне-верхнем и задне-верхнем средостении) у 16 пациентов. После гистологического исследования удаленной опухоли ОЩЖ у 105 пациентов выявлена аденома ОЩЖ, у 4 – киста ОЩЖ, у 6 – рак ОЩЖ. Объем оперативного вмешательства был следующим: 44 пациентам произведено удаление одиночных аденом ОЩЖ, 71 – вместе с удалением одиночных аденом или рака ОЩЖ выполнена резекция щитовидной железы в связи с ее опухолевой или узловой патологией (у 33 – гемитиреоидэктомия, у 5 – субтотальная тиреоидэктомия, у 33 – тиреоидэктомия). Этопированные в средостение опухоли ОЩЖ у 14 больных удалены из шейного доступа, одной пациентке выполнена торакотомия, а второй – видеоторакоскопия. В послеоперационном периоде у 47% пациентов имел место послеоперационный гипопаратиреоз в разной степени выраженности Транзиторный парез гортани наблюдался у 4 пациентов. Выводы: 1. При любой узловой патологии ЩЖ необходимо дооперационное исследование Са крови. 2. У больных с множественными очагами деструкции костной системы, подозрением на костные метастазы необходимо включать в алгоритм обследования исследование паратгормона и Са крови.

Применение эндоваскулярных методов в лечении больных местно-распространенными опухолями головы и шеи

Черняк М.Н., Ульянова Ю.В., Волкова В.Л., Аединова И.В., Чертова Н.А., Баужадзе М.В.

Ростовской научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Лечение местно-распространенных злокачественных опухолей головы и шеи, заключающееся в использовании хирургического, лучевого методов, химиотерапии и их комбинаций, представляет собой чрезвычайно сложную задачу. Включение в план лечения предоперационной полихимиотерапии позволяет в большинстве случаев повысить эффективность комплексного лечения. Химиоэмболизация при местно-распространенных опухолях головы и шеи может проводиться как неоадъювантный компонент комплексного лечения.

С целью повышения эффективности химиотерапевтического воздействия с минимальными системными побочными явлениями, создания более высоких концентраций цитостатиков в опухоли, чем при внутривенном их введении нами выполнено шесть химиоэмболизаций при местно-распространенных опухолях головы и шеи.

Выполнялся стандартный пункционный бедренный доступ, селективная катетеризация наружной сонной артерии с последующей ангиографией. После оценки кровоснабжения пораженной зоны производилась суперселективная катетеризация таргетных сосудов микрокатетером 2,6 F. Нами выполнено 6 процедур химиоэмболизаций при местно-распространенных опухолях головы и шеи. 4 процедуры – цисплатин в дозировке 50 мг в масляной эмульсии с липиодолом, 2 процедуры – цисплатин в дозировке 50 мг в смеси с насыщаемыми частицами диаметром 300–500 нм. У всех больных отмечался выраженный болевой синдром непосредственно при эмболизации с нарастанием к вечеру дня операции и регрессом к третьему дню после операции; общетоксических проявлений не отмечалось. Значимых периоперационных осложнений не наблюдалось. У одного пациента через 10 дней отмечался выраженный некроз опухоли корня языка. У всех пациентов отмечен частичный положительный ответ на терапию, позволивший выполнить радикальное хирургическое лечение.

Таким образом, химиоэмболизация полимерными микросферами обеспечивает более длительный (до одного месяца) контакт злокачественно перерожденных клеток с противоопухолевым препаратом; химиоэмболизация не сопровождается развитием побочных реакций и осложнений или иммуносупрессивного эффекта, что позволяет использовать ее у наиболее тяжелого контингента больных.

Оценка нутритивного статуса и поддержка питания при раке пищевода

Чижиков А.В., Степанов В.В., Татауров И.А.

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск

В лечении рака пищевода используются такие основные методы, как радиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение. Недостаточное питание повышает вероятность послеоперационных осложнений у пациентов с раком пищевода. Установлено влияние предоперационного физиологического статуса пациента на послеоперационную заболеваемость и смертность. Послеоперационная заболеваемость напрямую влияет от предоперационного питания пациента.

Оценка предоперационного питания проводится с помощью Индекс массы тела (BMI), Прогностический индекс питания (PNI), Индекс нарушения питания (NRI), Потеря веса (Weight loss). Прогностический индекс питания (PNI) = 10 × концентрация сывороточного альбумина + абсолютное количество лимфоцитов. Индекс нарушения питания (NRI) = (1,519 × концентрация сывороточного альбумина) + (41,7 × текущая масса/обычный вес.

• Пограничные нарушения: >97,5

• Умеренные нарушения: 83,5–97,5

• Тяжелые нарушения: <83,5

Потеря веса (Weight loss). Отсутствуют, <5%, 5–10%, >10%

Индекс массы тела (BMI) <18,5, 18,5–24,9, 25–29,9, >30

Пациенты: 65 пациентов с раком пищевода.

• В контрольную группу А были включены 37 пациентов, перенесших эзофагэктомию в период с января 2006 года по февраль 2009 года.

• 28 пациентов, которые подверглись эзофагэктомии в период с марта 2009 года по 2010 года, были включены в группу вмешательства INS B.

Расчет питания: Протеин 1,2–1,5 гр/кг МТ в день. Расчет необходимой энергии по уравнению Харрисон-Бенедикта х 1,3–1,5

Пациенты способные к самостоятельному питанию – частый дробный прием пищи. Неспособные к оральному питанию – зондовое кормление.

Результаты. Частота метастатического поражения лимфоузлов: группа А – 24/37 65%, группа В – 14/28 50%. Возможность применения предоперационной химиотерапии и лучевой терапии – группа А – 10/37 27%, группа В – 25/28 89%.

Выводы. Контроль питания особенно полезен у пациентов, получивших химио-лучевую терапию в дооперационном периоде. Больший промежуток времени между постановкой диагноза и операцией привел к лучшим результатам в группе INS.С другой стороны, пациенты в контрольной группе, возможно, пострадали больше от потери веса из-за NAT без питания.

Это исследование показывает, что правильно подобранная нутритивная поддержка прямо связана с предоперационной сохранностью веса и менее выраженными краткосрочными послеоперационными осложнениями у пациентов с раком пищевода.

Особенности верхнедолевых лобэктомий с пластикой бронха и артерии при новообразованиях легких

Чижиков В.Ф., Бадыков Р.Р., Камалетдинова Ю.Ю., Абдуллин З.С.

Республиканский клинический онкологический диспансер, Уфа

Целью этой работы стало выявление технических особенностей операций в зависимости от стороны поражения легкого опухолью и применение технических приемов, улучшающих результаты оперативного лечения С 1999 по 2014 гг. в торакальном отделении РКОД выполнено 94 верхних лоб- и билобэктомий с циркулярной резекцией главного бронха. Поводом для операции преимущественно было наличие рака легкого. Как правило, это были преимущественно эндобронхальные формы роста опухоли, у больных преимущественно мужского пола (93,7%). По системе TNM (T1-2 N0-1 M0).

Справа бронхопластические резекции выполнены в 68 случаях, тогда как слева 26 случаев. Слева резекция легочной артерии выполнена в 42,3% операций, и в 30,3% это были циркулярные резекции артерии, а справа сосудистых резекций было 13,2%, а циркулярная резекция удалась только у одного больного – 1,4%.

Послеоперационная летальность составила 2,9%. Несостоятельность межбронхиального анастомоза была причиной смерти только в одном случае. Осложнений, связанных с сосудистыми анастомозами, не было.

В послеоперационном периоде слева чаще возникала пневмония оставшейся доли легкого на фоне возникающей щелевидной деформации бронхов нижней доли, чаще всего это был бронх шестого сегмента, преимущественно это происходило при высоком отхождении В6 относительно шпоры верхнедолевого бронха.

Разработан метод«ротации» бронхов нижней доли по оси относительно главного бронха при формировании межбронхиального анастомоза с целью сохранения каркасности нижнедолевого бронха, что препятствует формирования щелевидной деформации бронхов.

Выводы:

1. Применение бронхо- и ангиопластических резекций не увеличивает послеоперационную летальность и отвечает принципам органосохраняющих операций.

2. При выполнении верхних лобэктомий слева с циркулярной резекцией главного бронха чаще приходится прибегать к резекции легочной артерии.

3. Использование «ротационного» метода формирования межбронхиального анастомоза при верхней лобэктомии слева с циркулярной резекцией главного бронха создает лучшие условия для проходимости бронхов нижней доли и предотвращая возникновение гнойных осложнений.

ПЭТ/КТ исследование в диагностике злокачественных новообразований пищевода

Чиркова М.С., Афанасьева Н.Г., Важенина Д.А., Субботин А.С., Калантаев Д.Б.

Челябинский окружной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Актуальность темы. Применение позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) показало высокую диагностическую ценность в первичной диагностике онкологических заболеваний и для оценки эффективности лечения. Совмещенное ПЭТ/КТ сканирование позволяет оптимизировать диагностику первичных опухолей, рецидивов, регионарных и отдаленных метастазов.

Цель: оценить возможности ПЭТ/КТ в стадирование злокачественных новообразований пищевода и выявить зависимость коэффициента максимального поглощения радиофармпрепарата 18F-ФДГ от следующих характеристик опухолевого процесса: объема опухолевого процесса, гистологической структуры опухоли и степени дифференцировки злокачественной опухоли.

Материалы и методы. За период 2012–2014 гг. было проведено 180 ПЭТ/КТ исследований пациентам с раком пищевода. ПЭТ/КТ исследования проводились по стандартным методикам с применением РФП F18-фтордезоксиглюкоза.

Результаты. Проведен анализ показателя SUVmax в первичной опухоли пищевода и определена зависимость коэффициента SUVmax.

Накопление РФП в первичной опухоли у больных со злокачественными новообразованиями пищевода варьировало по показателю SUVmax от 4,3 до 21, в среднем 9,25 ± 2,26. По мере увеличения объема опухоли отмечается увеличение поглощения РФП – что свидетельствует о большем количестве опухолевых клеток. SUVmax зависел от гистологической структуры опухоли наиболее низкое поглощение ФДГ выявлено при аденокарциноме (среднее SUVmax = 5,75), наибольшее при плоскоклеточном раке (среднее SUVmax = 7,67). Определена зависимость SUVmax от степени дифференцировки злокачественной опухоли. У высокодифференцированных опухолей SUVmax = 5,75 ± 1,75, у умереннодифференцированных – SUVmax = 10,25 ± 5,05, у низкодифференцированных – SUVmax = 15,15 ± 4,85.

Выводы: выявлено, что коэффициент максимального поглощения 18F-ФДГ зависит от гистологической структуры опухоли, объема поражения органа и степени дифференцировки злокачественной опухоли. На основании показателя SUVmax можно косвенно судить о степени злокачественности первичной опухоли.

Анализ причин позднего поступления детей со злокачественными новообразованиями в Краснодарском крае за 3 года

Чулков О.Э.

Детская краевая клиническая больница Минздрава Краснодарского края, Краснодар

Всего за прошедшие 3 года выявлено 55 больных с 3 и 4 стадиями опухолевого процесса различных локализаций без учета опухолей ЦНС:

1. Нефробластома – 13 больных.
2. Нейробластома – 15 больных.
3. Рабдомиосаркома – 6 больных.
4. Остеогенная саркома – 5 больных.
5. Саркома Юинга – 5 больных.
6. Тератомы крестцово-копчиковой области – 4 больных.
7. Злокачественные опухоли яичников – 4 больных.
8. Прочие – 3 ребенка.

Это составило 30% среди всех первичных больных, поступивших в онкологическое (хирургическое) отделение ГБУЗ ДККБ за 3-летний период работы.

Запущенность при онкологических заболеваниях обусловлена поздним обращением родителей за медицинской помощью, плохой информированностью населения, отсутствием скрининга для пациентов с подозрением на

злокачественные образования на уровне первичного звена здравоохранения, редкой встречаемостью первичного звена (участковых педиатров) с этой патологией.

Гиперпластические состояния эндометрия и функциональная активность теломеразы

Чумак З.В., Зелинский А.А., Шаповал Н.В.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Одной из наиболее распространенных патологий слизистой оболочки тела матки являются диффузные гиперпластические процессы эндометрия (ГЭ). Интерес исследователей к этой проблеме обусловлен способностью данного патологического процесса, как к самостоятельному излечению, рецидивированию, так и к малигнизации, в зависимости от степени морфологических изменений.

Теломераза – изучается активно, в том числе и с позиции неоплазии. Ткань эндометрия – одна из немногих соматических тканей с присущей активностью теломеразы.

Цель: изучение активности теломеразы в различных морфофункциональных типах эндометрия.

Материалы и методы исследования. Предметом исследования явились ткани с патогистологически верифицированным диагнозом гиперплазия эндометрия. Для дифференциации ГЭ использована классификация ВОЗ (1994 г.). Контрольную группу составили образцы эндометрия, полученные у женщин в ходе подготовки к ВРТ. Относительную активность теломеразы определяли с использованием ПЦР в реальном времени по методике Wege и соавт.

Результаты исследования и их обсуждения. Интерес представили данные статистически достоверного повышения активности теломеразы при комплексной ГЭ с атипией, что составило 1,54 ± 0,05 е.а. ($p < 0,05$). Следовательно, реактивация теломеразы в эндометриальных клетках при атипической комплексной гиперплазии, может подтверждать удлинение длины теломер, и, таким образом, повышать способность к пролиферации, и подтверждать способность теломеразы к контролю клеточного деления. В контрольных группах отмечена определенная тенденция к повышению активности в пролиферативном типе эндометрия – 1,25 ± 0,07 е.а., свидетельствующая о возможности интерпретации данных по ее активности применительно к течению пролиферативных процессов в целом. Активность теломеразы в секреторном типе эндометрия снижается и составляет – 1,18 ± 0,05 е.а. Можно допустить определенную тенденцию отражения активации или ингибиции теломеразной активности в течении пролиферативных процессов и наличии соответствующего параллелизма между теломеразной активностью и циклическими проявлениями стероидогенеза. Реактивация теломеразы при атипической комплексной гиперплазии может способствовать восстановлению длины теломер, что, в свою очередь, определяет возможность «продления жизни» клеток на фоне возможно имеющихся дополнительных генетических повреждений, или их приобретения, которые могут потенциировать малигнизации.

Особенности рецидивирования вирус-ассоциированного местно-распространенного рака шейки матки (МРРШМ)

Чуруксаева О.Н., Коломиец Л.А., Ибрагимова М.К.

Томский Научно-исследовательский медицинский центр, Томск

Актуальность. В настоящее время нет однозначного мнения о влиянии вируса на прогноз заболевания и особенности метастазирования при раке шейки матки.

Цель. Выявить закономерности метастазирования у больных вирус-ассоциированным МРРШМ.

Материалы и методы. Обследовано и пролечено 133 больных МРРШМ IIb-IIIb стадий. Материалом для исследования служили соскобы из цервикального канала. Проводилось генотипирование 12 типов вируса папилломы человека высокого канцерогенного риска с определением вирусной нагрузки методом ПЦР-диагностики в режиме «реального времени» с применением диагностических тест-систем «Амплисенс FRT ВПЧ ВКР» (Россия) и на 6 – канальном амплификаторе «RotorGene 6000» фирмы «Corbett Research», Австралия.

Результаты. Средний возраст больных составил 47,3 ± 1,2 лет. Прогрессирование заболевания диагностировано у 44 пациенток (33%), из них – у 25,9% вирус-ассоциированных (от общего числа вирус-позитивных больных МРРШМ) и у 58,6% вирус-негативных больных (от общего числа вирус-негативных больных МРРШМ). Отдаленное метастазирование в 3 раза чаще наблюдалось у больных с вирус-ассоциированным МРРШМ по сравнению с пациентками, у которых ВПЧ-инфекция не определялась – 25 и 9% соответственно. Одинаково часто у вирус-позитивных и вирус-негативных больных наблюдалось метастатическое поражение костей скелета – 4,5 и 6,9% соответственно, а также опухолевое поражение отдаленных лимфоузлов в – 2,3% случаев. Метастазы в легких отмечались в 3 раза чаще у больных вирус-позитивным МРРШМ. Поражение печени и канцероматоз брюшной полости выявлялись у 12 (13,8%) вирус-ассоциированных больных, причем канцероматоз в 2 случаях был ассоциирован с ВПЧ 18, а у одной больной была смешанная инфекция ВПЧ 16/33. При вирус-ассоциированном МРРШМ в 2 раза чаще по сравнению с вирус-негативными больными наблюдалось локо-регионарное метастазирование: 29,5 и 13,6% соответственно. У вирус-негативных больных чаще отмечалось местное рецидивирование (шейка матки, влагалище, параметральная клетчатка) – в 34% (у вирус-позитивных – в 20%). Выявлено достоверное увеличение общей выживаемости среди вирус-ассоциированных больных МРРШМ: 5-летний порог выживаемости перешагнули 66% вирус-позитивных больных и только 32% вирус-негативных пациенток.

Проведенное исследование позволяет рассматривать наличие ВПЧ-инфекции при МРРШМ как возможный прогностический критерий течения заболевания.

Информатизация маршрутизации пациентов со злокачественными новообразованиями в Свердловской области

Шаманский В.Б., Петкау В.В., Шабунина Л.А.

Свердловский областной онкологический диспансер, Екатеринбург

Ежегодный рост онкологической заболеваемости в Свердловской области отражает общероссийские тенденции. Так если в 1960 г. грубый показатель составил 173,8 случаев на 100 000 населения, то в 2016 г. – 419,3. Двукратный рост заболеваемости диктует необходимость оптимизации маршрутизации пациентов для максимально раннего начала лечения.

С 2009 года организована электронная запись пациентов в поликлинику СООД. С 2011 года электронная запись осуществляется из всех районов области, с октября 2015 г. – из Екатеринбурга. В 2016 г. 81,8% первичных пациентов из области и 62,5% из Екатеринбурга были записаны на прием дистанционно.

Разработан и внедрен в практику Приказ МЗ СО №91-п от 28.01.2016 г., регламентирующий обследование и маршрутизацию пациентов со злокачественными новообразованиями. Стандартизованное направление в онкологический диспансер содержит вопросы о дате первого обращения в ЛПУ по месту жительства, о дате направления в СООД, о дате приема в СООД, дате начала специализированного лечения, что позволяет выявить, на каком этапе теряется время.

Благодаря контролю за соблюдением алгоритмов обследования, анализу маршрутных листов, удалось повысить долю онкологических пациентов среди впервые обратившихся с 26,6% в 2004 г. до 58,8% в 2012 г. Дальнейшего роста не произошло из-за недостаточной укомплектованности онкологической службы районными онкологами (35%) и вынужденным проведением дифференциальной диагностики в СООД.

В 2016 г. осуществлен 151 выезд кураторов (врачей-онкологов СООД) в прикрепленные ЛПУ для содействия в работе с онкологическими пациентами, разбора случаев летальности и случаев 3–4 стадии «видимых локализаций». В Министерстве здравоохранения в еженедельном режиме проводятся Противораковые Комиссии с приглашением руководителей районных ЛПУ по вопросам ранней диагностики, онкологической запущенности и летальности на территориях.

Несмотря на рост заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований, характеризующие их кривые постепенно расходятся. С 1992 г. заболеваемость выросла на 45,7%, а смертность – только на 6%. В результате наблюдается рост контингента, находящегося под диспансерным наблюдением, который в 1992 г. составлял 61887 человек, а в 2016 г. – 97 191 человек. Это связано с увеличением продолжительности жизни онкологических пациентов за счет ранней диагностики и эффективного лечения.

Система глутатиона может отражать агрессивность рака желудка

Шалашная Е.В., Горошинская И.А., Сурикова Е.И., Медведева Д.Е., Качесова П.С., Немашкалова Л.А., Нескубина И.В., Маслов А.А., Кит О.И.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России, Ростов-на-Дону

Целью работы явилось сравнительное исследование системы глутатиона в ткани опухоли и перифокальной зоны перстневидноклеточного рака желудка и аденокарциномы желудка для выявления патогенетических особенностей течения злокачественного процесса. Содержание восстановленного глутатиона (GSH) и активность глутатионпероксидазы (ГПО), глутатионредуктазы (ГР), глутатионтрансферазы (ГТ) определяли в образцах опухоли и перитуморальной зоны, полученных во время операции больных первичным раком желудка: 13 больных перстневидноклеточным раком и 8 больных аденокарциномой (II-III st, G2-G3). Предоперационная терапия у данных больных отсутствовала. Также была исследована ткань здорового желудка (интактный желудок) 12 случайно погибших людей. При аденокарциноме желудка в ткани опухоли обнаружено снижение уровня GSH на 43% и повышение активности ГПО – на 121,7% и ГТ – на 44,3% ($p < 0,05$–$p < 0,001$) по сравнению с тканями интактного желудка. В перитуморальной ткани как уровень GSH, так и активность ГПО были ниже, чем в ткани опухоли на 40 – 45% ($p < 0,05$–$p < 0,01$). При перстневидноклеточном раке в ткани опухоли были повышены уровень GSH – на 78%, активность ГПО – на 93,6% и ГТ – на 49,5% ($p < 0,05$–$p < 0,001$) по сравнению с интактным желудком. В перитуморальной зоне уровень GSH был ниже, чем в ткани опухоли на 60,2% ($p < 0,01$), активность ферментов значимо не изменялась, оставаясь выше величин в интактном желудке. Таким образом, уровень GSH был в 2–3 раза выше как в ткани опухоли, так и в перитуморальной ткани при перстневидноклеточном раке по сравнению с аденокарциномой желудка. Значимых различий в активности глутатионзависимых ферментов в опухолях разных гистотипов не было выявлено. Полученные результаты свидетельствуют о различиях в функционировании системы глутатиона в зависимости от гистологического типа опухолей желудка. Возможно, что большая активность глутатион-зависимой системы в ткани перстневидноклеточного рака необходима для поддержания его повышенной пролиферативной активности и обусловливает особенности биологического поведения опухоли данного гистотипа и ответ на лечение.

Нужен ли буст при органосохраняющем лечении рака молочной железы после радикальных секторальных резекций

Шарабура Т.М., Важенин А.В., Терешин О.С., Сыролева К.Н., Буракова Ж.Е.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Цель исследования заключалась в оценке роли адъювантной лучевой терапии (ЛТ) после органосохраняющих операции в объеме радикальных секторальных резекций при I-II стадии рака молочной железы.

Материалы и методы. За период с 1995 по 2010 гг. органосохраняющее лечение получили 163 пациентки с I–II стадиями рака молочной железы (РМЖ). Стандартная схема органосохраняющего лечения включала радикальную секторальную резекцию, послеоперационное облучение оставшейся части молочной железы до 46–50 Гр и системную терапию. 38 пациенткам проведено дополнительное облучение ложа опухоли (буст) в дозе 10–12 Гр. Результаты оценивались в зависимости от наличия неблагоприятных факторов: возраст до 50 лет, N+, низкая степень дифференцировки опухоли и принадлежность к неблагоприятным биологическим подтипам.

Результаты. При медиане наблюдения 6 лет локорегионарные рецидивы диагностированы в 14 (9%) случаях. В том числе – 10 локальных рецидивов и 4 рецидива в регионарных лимфатических узлах. Отдаленные метастазы диагностированы у 19 (12%) пациенток. 4-летняя выживаемость без признаков заболевания составила 92%. Рецидивы встречались чаще в возрастной группе ≤50 лет, при N+ и среди пациенток с неблагоприятными биологическими подтипами. В возрастных группах до 50 лет и старше частота рецидивов составила 13% (8 из 60) и 6% (6 из 103), частота отдаленных метастазов – 12% (7 из 60) и 12% (12 из 103), соответственно. Из 38 пациенток, получивших буст, локальный рецидив был у 3 (8%), среди тех, кто не получил буст, частота рецидивов составила 6% (7 из 125). При опухолях Grade I–II рецидивы были в 10 из 104 (9%), при опухолях Grade III – в 4 из 59 (7%) случаев. В возрастной группе >60 лет не было рецидивов.

Заключение. Адъювантная ЛТ с облучением всей молочной железы и бустом после радикальной секторальной резекции у пациенток РМЖ I-II стадии в возрасте до 50 лет является стандартом. У пациенток РМЖ I–II стадии старше 50 лет облучение ложа опухоли в дополнение к облучению всей МЖ не влияет на локальный контроль независимо от наличия факторов риска. У пациенток РМЖ I–II стадии старше 60 лет риск рецидивов после радикальной секторальной резекции низкий и роль адъювантной ЛТ требует дальнейшего изучения.

Результаты сочетанной лучевой терапии с трансанальной брахитерапией рака анального канала

Шарабура Т.М., Максимовская А.Ю., Ложков А.А., Давыдова О.Н., Пименова М.М., Сыролева К.Н., Мозерова Е.Я.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск;
Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Цель исследования: изучить результаты сочетанной лучевой терапии (ЛТ) рака анального канала.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 21 пациента с плоскоклеточным раком анального канала. 16 пациентов имели I и II стадии, 5 пациентов – III стадию заболевания. На 1 этапе всем пациентам проведена дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) до суммарной дозы 30–36 Гр. Объем облучения включал опухоль анального канала с отступом по длине до 3,0 см, лимфатические узлы малого таза и паховых областей. На 2 этапе лечения всем пациентам продолжена ДЛТ локально на опухоль анального канала. У 16 пациентов суммарная доза ДЛТ составила 50–60 Гр. 5 пациентам с опухолью, занимающей менее половины окружности анального канала, суммарная доза ДЛТ была ограничена 46 Гр с последующей брахитерапией на аппарате Multisource. Интрастат вводился трансанально, облучению подвергалась опухоль с учетом ее параметров до начала лечения и отступом по длине до 2,0 см, с экранированием ½ или ¼ окружности анального канала, противоположной опухоли. Разовая доза 3,0 Гр рассчитывалась на глубину 5 мм от поверхности интрастата, проводилось 5 сеансов брахитерапии через день до 15 Гр. В процессе контактного облучения лучевых реакций не было.

Результаты. К окончанию ЛТ полный ответ был получен у 2 пациентов, резорбция более 50% – у 10 пациентов. Через 3 мес после завершения ЛТ число больных с полным ответом выросла до 16 (81%). 4 из 16 пациентам с остаточной опухолью после ДЛТ была выполнена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, у двух из них диагностированы метастазы в паховых лимфоузлах через 6 и 12 мес, соответственно. 1 локальный рецидив выявлен через 14 месяцев после завершения ДЛТ в дозе 50Гр. 16 пациентов из 21, включая все 5 пациентов, получивших контактное облучение, наблюдаются в сроки от 3 до 36 мес (в среднем 17,6 ± 4,5 месяцев) без признаков заболевания. Заключение. Сочетанная ЛТ с трансанальной брахитерапией позволяет подвести суммарную дозу с меньшим риском лучевых повреждений в сравнении с ДЛТ и обеспечить высокий локальный контроль.

Показатели внутриклеточных протеолитических систем, ассоциированные с прогрессированием люминального рака молочной железы

Шашова Е.Е., Дорошенко А.В., Бондарь Л.Н., Слонимская Е.М., Кондакова И.В.

Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск

В настоящем исследовании оценивалась возможность использования показателей протеасомной системы в качестве дополнительного прогностического критерия исхода заболевания в отдаленные сроки при люминальном раке молочной железы.

Материал и методы. Всего в исследование включено 123 пациентки, из них 64 больных люминальным А РМЖ и у 59 человек был выявлен люминальный В РМЖ. У всех больных проводилось комбинированное лечение: на первом этапе выполнялось радикальное оперативное вмешательство. Проведение в адъювантном режиме терапии осуществлялось по показаниям. Сроки наблюдения за больными составили от 2 до 60 мес. ХПА и КАС активность протеасом изучались в опухолевой и условно неизмененной ткани молочной железы. Затем на основании определения соответствующих активностей протеасом определяли kХПА и kКАС– коэффициенты химотрипсинподобной активности протеасом и каспазаподобной активности протеасом, которые рассчитывались как отношение соответствующей активности в опухолевой ткани к активности в неизмененной ткани. Изучалась 5-летняя безметастатическая выживаемость. Результаты: При Люминальном А раке молочной железы из 64 человек, в течение 5-летнего периода после проведенного лечения прогрессирование процесса в виде развития отдаленных метастазов наблюдалось у 12,5% пациенток. Значимыми показателями неблагоприятной 5-летней безметастатической выживаемости явились коэффициент химотрипсиноподобной активности протеасом kХТП более 2,449 (чувствительность 87,5%, специфичность 55%). При люминальном А РМЖ и N(+) достоверны кХТП = 2,449 (p = 0,01; чувствительность 100%, специфичность 52%). Из 59 пациенток люминальным В РМЖ в течении 5-летнего периода после проведенной операции гематогенные метастазы развились у 17% пациентов. Значимым показателем неблагоприятного исхода в отношении 5-летней безметастатической выживаемости был высокий коэффициент кКАС (более 2,19). Чувствительность использования критерия составила 100%, специфичность – 48%. При использовании определения кКАС более 2,19 у больных люминальным В РМЖ с метастазами в регионарные лимфатические узлы на момент операции чувствительность составила 100%, специфичность 59% (p = 0,016).

Таким образом, кХПА более 2,449 ассоциированн с неблагоприятным прогнозом 5-летней безметастатической выживаемости при люминальном А РМЖ, кКАС более 2,19 ассоциированн с неблагоприятным прогнозом при люминальном В РМЖ.

Прогностическое значение фенотипа CYP2D6 в развитии резистентности к адъювантной гормонотерапии рака молочной железы тамоксифеном

Шендрикова Т.А., Любченко Л.Н., Филиппова М.Г., Портной С.М.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва

Актуальность. Тамоксифен является одним из основных препаратов гормонотерапии рака молочной железы. На сегодняшний день стандартом длительности гормонотерапии определен срок в 5 лет, с возможностью дальнейшего продления терапии до 10 лет. Каталитическая активность CYP2D6 важна в индивидуальном применении тамоксифена, влияя на концентрацию эндоксифена (главное действующее вещество), и, тем самым на клинический ответ пациента.

Цель: оценить корреляцию между различными генотипами гена *CYP2D6* и противоопухолевого эффекта тамоксифена у больных РМЖ.

Материалы и методы. В исследование включены 119 пациенток IA–IV стадии РМЖ, получавшие тамоксифен неоадъювантно и адъювантно в монотерапии, и в качестве комбинированного и комплексного лечения. Длительность приема варьировала от 1 года до 6 лет. Проводился анализ ДНК, выделенной из лимфоцитов периферической крови с использованием набора MagNa Pure Compact Nucleic Acid Isolation Kit I (Roche) методом Real time ПЦР с использованием экспериментального набора («ДНК-Технология»). Анализировалось строение гена цитохрома CYP2D6 на предмет наличия полиморфизмов CYP2D6 *3 2549delA, CYP2D6*4 1846 G>A и CYP2D6 *6 1707delT. В зависимости от генотипа CYP2D6, пациенты были распределены на три фенотипические группы: экстенсивные (EM), интенсивные (IM) и медленные (PM) метаболайзеры тамоксифена.

Результаты. Средний возраст больных составил 45 лет. В исследовании 72% больных (86/120) были классифицированы как EM; 21% (25/120) – IM; 7% – PM (9/120). Средняя длительность приема Тамоксифена 20 мг/сут 2,9 года. Из 120 пациентов прогрессирование на фоне гормонотерапии развилось у 24 человек (19,3%). Прогрессирование в виде рецидива болезни, или метастазов развилось: EM 14% (12/86), IM 32% (8/25). PM 44,4% (4/9) (критическое значение x2 5,991; p = 0,1). Развитие метахронного рака: EM 3,5% (3/86), IM 4% (1/25), в группе PM случаев метахронного рака не зафиксировано (критическое значение x2 5,991; p = 0,1). При сравнении групп EM с IM+PM, пациенты, относящиеся к интенсивным и медленным метаболайзерам, имеют повышенные риски развития прогрессирования РМЖ по сравнению с экстенсивными метаболайзерами при приеме Тамоксифена 20 мг/сут 14% (12/86) против 33% (12/34), (x2 с поправкой Йейтса 5,666; p < 0,05).

Выводы. Существует взаимосвязь между носительством аллельных вариантов гена CYP2D6 и реализацией противоопухолевого эффекта тамоксифена у больных РМЖ.

Ротационная тромбоэластометрия в диагностике нарушений свертывающей системы крови у пациентов со злокачественными новообразованиями печени

Шишло Л.М.

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова, Минск, Беларусь

Введение. Роль печени в процессах гемостаза весьма велика. Рак печени зачастую развивается на фоне хронического гепатита и цирроза с поражением гепатоцитов, что приводит к их функциональной неполноценности и сказывается на многих компонентах коагуляции. С другой стороны, данное состояние усугубляется наличием опухолевого процесса, который является триггером системы коагуляции у пациентов со злокачественными новообразованиями.

Целью данной работы явилась оценка системы гемостаза у пациентов со злокачественным поражением печени с помощью метода ротационной тромбоэластометрии (ROTEM).

Материалы и методы. Материалом исследования послужили лабораторные и клинические данные о 30 пациентах с первичными и метастатическими злокачественными новообразованиями печени I–IV стадии до начала специального лечения в возрасте от 32 до 73 лет (57,5 ± 11,4 лет). Группу контроля составили 20 клинически здоровых лиц без онкологической патологии на момент обследования и в анамнезе, сопоставимые с основной группой по полу и возрасту ($p > 0,05$). Для дифференциальной диагностики патологических состояний гемостаза использовали четыре теста ROTEM: INTEM (оценка внутреннего пути свертывания), EXTEM (оценка внешнего пути свертывания), FIBTEM (оценка процесса полимеризации фибрина) и APTEM (оценка процесса фибринолиза). Для исследования использовали цельную цитратную кровь.

Результаты исследования. Состояние гиперкоагуляции перед оперативном лечением выявляется у 54,0% онкологических пациентов, проявляющееся уменьшением времени образования сгустка CFT ($p = 0,045$), увеличением параметров плотности сгустка в разное время A10-25 ($p < 0,039$) и максимальной плотности сгустка MCF ($p < 0,017$) в тестах INTEM, EXTEM, FIBTEM по сравнению со здоровыми донорами, что свидетельствует о склонности к структурной гиперкоагуляции за счет гиперфибриногенемии. Гиперкоагуляционная направленность гемостаза по данным ROTEM на дооперационном этапе сочеталась с одновременным проявлением тенденции к гиперфибринолизу у 12,0% пациентов, заключающейся в повышении параметра максимального лизиса сгустка ML в тесте EXTEM по сравнению с APTEM.

Заключение. Оценка показателей свертывающей системы крови позволили выявить нестабильность ее у пациентов со злокачественными новообразованиями печени и склонность к развитию как тромбоэмболических, так и геморрагических состояний, что необходимо учитывать при определении тактики лечения.

Сочетания основных локализаций первично-множественных метахронных опухолей после химиотерапии первой опухоли

Шунько Е.Л., Важенин А.В., Шаназаров Н.А.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень;
Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Материалом исследования являются архивные данные о 124 больных раком, получивших химиотерапевтическое лечение в Челябинском областном клиническом онкологическом диспансере (ГБУЗ «ЧОКОД»), у которых впоследствии развились первично-множественные метахронные злокачественные опухоли.

В целом наиболее часто первая опухоль локализовалась в молочной железе (43,7%), женских половых органах (17,7%), органах пищеварения (16,9%), лимфоидной, кроветворной и родственных им тканях (14,5%). Вторая метахронная опухоль – в молочной железе (26,7%), коже (19,3%), органах пищеварения (14,5%) и женских половых органах (10,5%). Распределение локализаций подтверждено статистически значимыми различиями по критерию χ^2 ($\chi^2 = 285,494$; $p = 0,000$).

При анализе сочетания метахронных опухолей у мужчин и женщин раздельно определено, что у мужчин первая опухоль была чаще всего локализована в органах пищеварения (50,0%), мужских половых органах (19,2%) и лимфоидной ткани (15,3%). У женщин – в молочной железе и женских половых органах (соответственно 55,1 и 22,4%). Локализация второй метахронной опухоли у мужчин – в органах пищеварения (23,0%) и в коже, мужских половых органах, мочевых путях (по 19,2%); у женщин – в молочной железе (33,7%), коже (19,4%), женских половых органах (13,3%). Сочетание локализаций первично-множественных метахронных опухолей подтвердили статистически значимые различия по критерию χ^2 и отношение правдоподобия ($\chi^2 = 55,300$; $p = 0,016$ – у лиц мужского пола; $\chi^2 = 50,737$; $p = 0,025$ и LR = 49,082; $p = 0,035$ – у лиц женского пола).

Таким образом, наиболее частая локализация первой опухоли в целом отмечена в молочной железе, женских половых органах и органах пищеварения; второй метахронной опухоли – в молочной железе, коже, органах пищеварения. У мужчин первая опухоль была чаще всего представлена злокачественным новообразованием (ЗНО) органов пищеварения, мужских половых органов и лимфоидной ткани; вторая – ЗНО органов пищеварения, ЗНО кожи, ЗНО мужских половых органов и мочевых путей. У женщин первая опухоль чаще всего была представлена ЗНО молочной железы и ЗНО женских половых органов; вторая – ЗНО молочной железы, ЗНО кожи и ЗНО женских половых органов.

Сочетания основных локализаций первично-множественных метахронных опухолей после лучевой терапии первой опухоли

Шунько Е.Л., Важенин А.В., Шаназаров Н.А.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень;
Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Материалом исследования являются архивные данные о 232 больных раком, получивших лучевое лечение в Челябинском областном клиническом онкологическом диспансере (ГБУЗ «ЧОКОД»), у которых впоследствии возникли первично-множественные метахронные злокачественные опухоли.

В целом наиболее частая локализация первой опухоли отмечена в молочной железе (24,6%), женских половых органах (23,3%) и коже (17,2%); второй метахронной опухоли – в коже (24,6%), органах пищеварения (16,4%), органах дыхания (14,7%), молочной железе (14,2%) и женских половых органах (10,3%). Вышеуказанное распределение локализаций подтвердили статистически значимые различия по критериям χ^2 (χ^2 = 207,981; p = 0,000) и отношение правдоподобия (LR = 180,042; p = 0,002).

При анализе сочетаний первично-множественных метахронных опухолей у мужчин первая опухоль была чаще всего представлена злокачественным новообразованием (ЗНО) губы, полости рта и глотки (26,8%), кожи (22,0%), органов дыхания и грудной клетки (19,5%). У женщин – ЗНО молочной железы и женских половых органов (соответственно 37,3% и 36,0%), кожи (14,7%). Локализация второй метахронной опухоли у мужчин – в органах дыхания (29,3%), коже (28,0%), органах пищеварения (14,6%) и мужских половых органах (11,0%); у женщин – в коже (22,7%), молочной железе (21,3%), органах пищеварения (17,3%), женских половых органах (16,0%). Сочетание локализаций первично-множественных метахронных опухолей подтвердили статистически значимые различия по критерию χ^2 (χ^2 = 103,426; p = 0,047 и χ^2 = 157,038; p = 0,001 соответственно для мужчин и женщин).

Таким образом, наиболее частая локализация первой опухоли в целом отмечена в молочной железе, женских половых органах и коже; второй метахронной опухоли – в коже, органах пищеварения, органах дыхания и молочной железе. У мужчин первая опухоль была чаще всего представлена ЗНО губы, полости рта и глотки, кожи и органов дыхания; вторая – ЗНО органов дыхания, кожи, органов пищеварения и мужских половых органов. У женщин первая опухоль чаще всего была представлена ЗНО молочной железы, женских половых органов и кожи; вторая – ЗНО кожи, молочной железы, органов пищеварения и женских половых органов.

Осложнения раннего послеоперационного периода после планового хирургического лечения рака ободочной кишки

Щерба С.Н.[1], Половинкин В.В.[1,2], Савченко Ю.П.[1]

[1]Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
[2]НИИ – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В.Очаповского, Краснодар

Цель – определить частоту и характер осложнений хирургического лечения рака ободочной кишки в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В 2014–2015 годах, в колопроктологическом отделении НИИ-ККБ №1 г. Краснодара, по поводу рака ободочной кишки в плановом порядке прооперировано 277 пациентов с формированием кишечного анастомоза. Мужчин было 139 человек (средний возраст 62 ± 3,5), женщин – 138 (средний возраст 68 ± 4,9).

Правосторонних гемиколэктомий выполнено 102; левосторонних гемиколэктомий – 69; дистальных резекций сигмовидной кишки – 83; резекций поперечно-ободочной кишки – 6; субтотальных колэктомий – 14; обходной симптоматический анастомоз наложен трем больным. Комбинированные операции были в 43 случаях, сочетанные – в 12.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 35 (12,6%) пациентов зафиксированы как интра-, так и экстраабдоминальные осложнения. У двух (0,7%) больных произошли эвентерации (одна из них на фоне нагноения лапаротомной раны), потребовавшие хирургического лечения. В 14 (5,1%) случаях возникла несостоятельность кишечного анастомоза, которая у 11 (4%) больных осложнилась развитием распространенного перитонита. В последующем, несмотря на проводимое лечение, у троих (1,1%) больных с распространенным перитонитом, в послеоперационном периоде развились явления сепсиса и полиорганной недостаточности, на фоне которых наступил летальный исход.

У одного больного (0,4%) имело место раннее вторичное внутрибрюшное кровотечение из сосудов брыжейки ободочной кишки, остановленное лигированием при релапаротомии. У трех пациентов (1,1%), ранний послеоперационный период осложнился ТЭЛА. Одному из них (0,4%) консервативные мероприятия не помогли, больной умер.

У семерых пациентов (2,5%) в сроки от 3 до 9 послеоперационных суток, у которых не применялась разработанная в нашей клинике система пролонгированного проточно-аспирационного дренирования подкожной клетчатки, произошли нагноения лапаротомных ран (Патент на изобретение № 2482805; выдан 27.05.13; Бюллетень № 15 от 27.05.2013).

Заключение. Анализ ближайших результатов планового хирургического лечения рака ободочной кишки показал, что раннем послеоперационном периоде основное место занимают интраабдоминальные осложнения гнойно-септического характера, которые также превалируют и среди причин летальности.

Акадезин усиливает действие цисплатина на клетки рака молочной железы в условиях гипоксии

Щербаков А.М.[1], Вавилов Н.Э.[1], Андреева О.Е.[1], Тяглов Б.В.[2], Миронов А.С.[2], Шакулов Р.С.[2], Лобанов К.В.[2], Яроцкий С.В.[2], Штиль А.А.[1]

[1]Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Москва;
[2]ГосНИИгенетика, Москва

Рак молочной железы занимает лидирующее место среди онкологических заболеваний женщин. Эпидемиологические данные, полученные Global Burden of Disease Cancer Collaboration, свидетельствуют, что ежегодно регистрируется более 1,8 млн впервые выявленного рака молочной железы (РМЖ). Зарегистрировано более 13 млн случаев нетрудоспособности вследствие злокачественных новообразований молочной железы. Весьма актуален поиск новых эффективных средств, вызывающих гибель опухолевых клеток при минимальном повреждении нетрансформированных. Производное рибозида акадезин (5-аминоимидазол-4-карбоксамид-1-β-D-рибофуранозид) проходит клинические испытания как перспективный противоопухолевый препарат. Известна внутриклеточная мишень акадезина АМФ-активируемая протеинкиназа (AMPK) – важный регулятор энергетического метаболизма. Мы предположили, что акадезин окажется активен в условиях гипоксии опухолей. При инкубации клеток в атмосфере с 21% кислорода (нормоксия) акадезин вызывал торможение пролиферации и гибель клеток аденокарциномы молочной железы, в т.ч. линии тройного негативного рака. В условиях гипоксии, то есть при снижении парциального давления кислорода до 1%, акадезин ингибировал активацию промотор-репортерной конструкции, обусловленную транскрипционным фактором HIF1α (Hypoxia Inducible Factor alpha). Этот эффект наблюдали при действии акадезина в концентрациях, сопоставимых с цитотоксическими. Акадезин не утрачивал цитотоксические свойства в условиях гипоксии и снижал вызванную гипоксией устойчивость клеток линии рака молочной железы MDA-MB231 к действию цисплатину. Полученные нами результаты значительно расширяют область применения акадезина и позволяют предположить его эффективность в комбинированных режимах лекарственной терапии рака молочной железы, в т.ч. для опухолей с низким снабжением кислородом.

Эндоскопическая реканализации пищевода как метод паллиативного лечения пациентов онкологического профиля

Юсупов И.М., Важенин А.В., Кулаев К.И., Зуйков К.С.

Челябинский областной клинический онкологический диспансер, Челябинск

Актуальность. Рак пищевода ежегодно диагностируется у 7800 пациентов. Данная нозология, нередко, сопровождается явлениями дисфагии и требует паллиативного эндоскопического лечения.

Цель работы: определить эффективную комбинацию методов эндоскопической реканализации и алгоритма действий.

Материалы и методы. С 2007 по 2015 г. в Челябинском областном клиническом онкологическом диспансере эндоскопическая реканализация проведена у 289 пациентов. Реканализация проводилась комбинацией методов; аргоноплазменная коагуляция, электрорезекция, фотодинамическая терапия и, при необходимости, стентирование просвета органа. Основным критерием эффективности проведенной реканализации было уменьшение явлений дисфагии. Пациенты с явлениями дисфагии распределились следующим образом: С дисфагией I ст наблюдалось 49 пациентов. С дисфагией II ст. – 194 пациентов, III ст. – 46 пациентов. Этап эндоскопической реканализации проводился в условиях стационара.

Результаты. До проведения эндоскопической реканализации преобладали пациенты с дисфагией II и III степени их число составляло 240 пациента. После проведения манипуляции число пациентов с дисфагия I степени увеличилось с 49 до 118, соответственно пациенты с дисфагией II и III степени сократилось до 171. В процессе работы возник ряд осложнений: массивное кровотечение в момент стентирования – 1, данное осложнение закончилось летально, кровотечение у 7 пациентов (мелена), дислокация стента выявлена у 7 пациентов, эзофаго-бронхиальный свищ возник у 1-го пациента. Таким образом, процент осложнений достигает 21,3%, из них у 8 пациентов (8,9%) стенты были удалены. Результаты свидетельствуют о том, что положительный эффект достигнут в 90 % случаев в виде успешной реканализации и эндопротезирования просвета органа.

Выводы: 1) Комбинация эндоскопических методов реканализации наглядно показывает свою эффективность как паллиативный метод лечения. 2) Эндоскопическая реканализации хорошо переноситься пациентами и обладает относительно небольшим количеством осложнений. 3) Эндоскопическая реканализация позволяет восстановить просвет полого органа и сохранить энтеральное питание пациентов.

Опыт использования атомно-силовой микроскопии при исследовании опухолевых клеток молочных желез

Яковлева Е.Н., Севастьянов В.В., Романычева Е.А., Ушакова О.Л.

Республиканский онкологический диспансер, Йошкар-Ола;
Поволжский государственный технологический университет, Йошкар-Ола

Актуальность. Ранняя диагностика злокачественных новообразований молочных желез является важной проблемой в онкологии.

Цель исследования. Изучить возможности атомно-силового микроскопа в исследовании опухолевых клеток и получения 3D изображений с высоким разрешением.

Материалы и методы. Изучали опухолевые клетки биопунктата, полученного путем пункционной биопсии молочных желез и скрабирования по данным оцифрованных рентгеновских маммограмм.

Изучали опухолевые клетки на стеклянных подложках 20 х 20 мм у 25 женщин в возрасте 40–56 лет. Применяли метод сканирующей зондовой микроскопии, использовался атомно-силовой микроскоп.

Применяли контактный режим сканирования в воздушной и жидкостных средах.

Результаты. В процессе исследования опухолевых клеток злокачественных новообразований молочных желез с помощью атомно-силового микроскопа в биопунктате выявили увеличение ядер атипичных клеток железистого эпителия молочных желез в 2 раза больше ядер нормальных клеток кубического эпителия. Границы ядерных мембран неровные, нечеткие разделены перинуклеарным пространством размером 15–30 нм. Наблюдались ядерные поры округлой формы размером 120–130 нм. Кроме крупных ядер наблюдались укрупненные ядрышки. В ядре опухолевых клеток обнаруживались нуклеосомы, которые являются основными структурными элементами хромосом. Нуклеосомы в 3D изображении напоминали форму кратера. Часто наблюдались комплексы из 3-х нуклеосом, образующие хроматиновую фибриллу толщиной 26-28 нм. Обнаруженная суперспирализация хроматина свидетельствовала о повышении функциональной активности опухолевой клетки. Наблюдалось повреждение структурной организации упаковки ДНК. У одной клетки наблюдалось неограниченное количество делений, которые можно объяснить активной функцией теломеразы.

Выводы. Атомно-силовая микроскопия дает возможность исследовать отдельные опухолевые клетки с высоким разрешением в 3D изображении. Исследование опухолевой клетки в жидкостной среде более перспективно, дает возможность проследить динамические изменения, воздействия медикаментов, но требует значительного опыта работы на атомно-силовом микроскопе. Высокое разрешение позволяет получить четкое изображение контуров клеток и оболочек ядер.

Содержание

Лучевая терапия, химиолучевая терапия рака пищевода
Аббасова Р.Р., Муллагулова Ю.Т., Муллагулова Т.Д., Гончарова О.В., Сафина Л.Х., Уразметова Г.А., Кириллова Э.В., Муфазалова Л.Ф. 3

Радионуклидная терапия стронцием хлоридом 89 у пациентов с метастазами в кости в Свердловском областном онкологическом диспансере
Авраменко А.А., Бенцион Д.Л., Гриб А.В., Демидов С.М. 3

Динамика заболеваемости раком легкого (РЛ) в Алтайском крае с 1980 по 2016 годы
Агеев А.Г., Лазарев А.Ф., Нечунаев В.П., Федоскина А.В., Максименко А.А., Панасьян А.У., Музалевский П.Н., Мязин Д.В., Черданцева Т.М., Беляев А.Н. 4

Контрастно усиленное ультразвуковое исследование в диагностике гепатоцеллюлярного рака печени: первый опыт
Агеев А.С., Чекалова М.А., Романенко Н.В. 4

Результаты видеоассистированных операции при раке прямой кишки
Аглуллин И.Р., Валиев А.А, Игламов А.К., Тойчуев З.М., Шакиров Р.К., Аглуллин М.И., Кутдусов Р.Ш. 5

Выбор метода реконструкции пищеварительного тракта после панкреатодуоденальной резекции
Аглуллин И.Р., Гатауллин И.Г., Тойчуев З.М., Дидакунан Ф.И., Валиев А.А., Аглуллин Т.И., Гатауллин Б.И. 5

Эвисцерация органов малого таза и одномоментная пластика тазовых органов
Аглуллин И.Р., Гатауллин И.Г, Тойчуев З.М., Валиев А.А., Дидакунан Ф.И., Игламов А.К., Сайдалы Ж. 6

Сравнительная оценка аппаратного и ручного анастомозов при проксимальной резекции желудка
Аглуллин И.Р., Гатауллин И.Г., Тойчуев З.М., Дидакунан Ф.И., Валиев А.А., Кашафутдинов Б.А., Кадыралы А. 6

Комбинированные операции при местнораспространенном раке правой половины ободочной кишки
Аглуллин И.Р., Дидакунан Ф.И., Тойчуев З.М., Валиев А.А., Хазиев А.Д. 6

Оптимизация методики лекарственной терапии больных гастроинтестинальными стромальными опухолями
Адлейба С.Т., Когония Л.М., Мазурин В.С. 7

Роль хирургического метода в лечении мелкоклеточного рака легкого
Аксарин А.А., Тер-Ованесов М.Д., Копейка С.М., Мордовский А.А. 7

Интересные факты о заболеваемости злокачественными новообразованиями легких населения крупного промышленного региона – Южного Урала
Аксенова И.А., Доможирова А.С., Новикова Т.С. 8

Эстезионейробластома: клиника, диагностика, лечение
Алиева С.Б., Назаренко А.В., Мудунов А.М., Задеренко И.А., Каледин Р.Р. 8

Непосредственные результаты и особенности видеоторакоскопических пневмонэктомий при раке легкого
Аллахвердян А.С., Анипченко С.Н., Фролов А.В., Егоров В.В. 9

Непосредственные результаты субтотальных резекций пищевода с эзофагогастропластикой комбинированным лапаро-торакоскопическим доступом при раке
Аллахвердян А.С., Анипченко С.Н., Фролов А.В., Анипченко Н.Н. 9

Резекция проксимального отдела желудка и грудного отдела пищевода при кардиоэзофагеальном раке комбинированным лапаро-торакоскопическим доступом
Аллахвердян А.С., Овезов А.М., Анипченко Н.Н., Анипченко С.Н., Фролов А.В. 9

Especially andadjuvant chemotherapy triple negative breast cancer
Алмурадова Д.М., Атаханова Н.Э., Мирахмедова С.С., Кадирова С.Ф. 10

Reproductive function women with hodgkin's lymphoma
Алмурадова Д.М., Газиев Л.Т., Мирахмедова С.С., Данияров Б.Ф. 10

Modern therapy of patiens with primary hodgkin's lymphoma
Алмурадова Д.М., Мирахмедова С.С., Данияров Б.Ф.. 11

Результаты эндохирургического лечения детей с нейробластомой забрюшинной локализации
Андреев Е.С., Шаманская Т.В., Грачев Н.С., Талыпов С.Р., Ускова Н.Г., Качанов Д.Ю., Сухов М.Н., Оганесян Р.С., Терещенко Г.В., Варфоломеева С.Р.. 11

Компьютерная диагностика метастазов в легкие у больных раком молочной железы – особенности тактики наблюдения
Андреяшкина И.И., Плохов В.Н., Вертянкин С.В., Конопацкова О.М., Тимофеев Р.А. 12

Диагностика и лечение малых новообразований легкого с использованием видеоторакоскопии (ВТС)
Анистратов П.А., Пыльцин С.П., Лазутин Ю.Н., Айрапетова Т.Г., Чубарян А.В., Лейман И.А., Шогенов А.С., Афаунов М.Х. 12

Провоспалительные цитокины сыворотки крови больных раком яичников с различным ответом опухоли на неоадьювантную химиотерапию
Антонеева И.И., Абакумова Т.В., Долгова Д.Р., Генинг Т.П., Пирмамедова С.С., Генинг С.О.. 13

Предварительные результаты скрининга рака предстательной железы в Новохоперском районе Воронежской области
Аполихин О.И., Алексеев Б.Я., Сивков А.В., Катибов М.И., Золотухин О.В., Шадеркин И.А., Рощин Д.А., Корякин А.В., Войтко Д.А., Просянников М.Ю., Полуказакова Н.В., Спесивцев В.Н., Кудахтин В.В.. 13

Эпидемиология онкогематологических заболеваний у детей Краснодарского края
Асекретова Т.В., Лебедев В.В., Клещенко Е.И., Брисин Ю.В., Войлова А.А., Добровольская Е.Д., Слабогузова Е.Н., Супрун Р.Н., Фурсенко А.С., Цыцылина К.А., Чегодаева Е.Н., Шкрябунова В.В. 14

Прогностические факторы пятилетней выживаемости при раке молочной железы у женщин в период менопаузы
Асфандиярова Н.С., Скопин А.С., Никифоров А.А., Демко А.Н. 14

Результаты хирургического этапа комбинированного лечения больных раком прямой кишки
Афанасьев С.Г., Старцева Ж.А., Тарасова А.С., Сорокин Д.А., Черемисина О.В. 15

Редкий случай метастазирования рака молочной железы по путям Герота
Афанасьева Е.А. 15

Опыт применения Сорафениба у больных дифференцированным раком щитовидной железы
Афанасьева З.А., Гарипов К.А., Карпенко Л.Г., Хасанова А.И., Сафарова А.Р. 16

Клиническое наблюдение состояния здоровья ребенка, рожденного от матери, страдающей раком щитовидной железы и получающей терапию левотироксином с детства
Афанасьева З.А., Султанова А.С. 16

Особенности течения адренокортикального рака: клиническое наблюдение
Афанасьева З.А., Чернеева В.С. 17

Сравнительный анализ непосредственных результатов, открытых и лапароскопических резекций прямой кишки
Аюпов Р.Т., Акмалов Ю.М., Феоктистов Д.В., Тарасов Н.А., Сулейманов Н.М., Гарипов М.Р., Аглиуллин Р.Р., Зайнуллин Ф.Ш., Чебаева Л.П. 17

Опыт лапароскопического хирургического лечения колоректального рака у лиц пожилого и старческого возраста
Аюпов Р.Т., Феоктистов Д.В., Сулейманов Н.М., Аглиуллин Р.Р., Тарасов Н.А., Гарипов М.Р.. 18

30-летний опыт лечения рака пищевода внутригрудной локализации
Бадыков Р.Р., Чижиков В.Ф., Лобода В.В., Сафиуллин Р.В., Абдуллин З.С. 18

Морфологическая характеристика регионарных лимфатических узлов и прогноз при раке желудка
Бажанов А.Б., Цыплаков Д.Э. 19

Динамика показателей системы гемостаза у пациентов с гемобластозами, в период проведения полихимиотерапии
Бакиров Б.А., Байбулатова А.Ф. 19

Прогностические факторы, повышающие риск прогрессирования распространенной стадии мелкоклеточного рака легкого
Бахмутский Н.Г., Порханов В.А., Бодня В.Н., Ширяев Р.П.. 20

Результаты хирургического лечения рецидивов рака желудка
Бейшембаев М.И., Лягазов Р.И., Осмоналиева Г.О. 20

Симультанные операции при раке желудка
Бейшембаев М.И., Лягазов Р.И., Осмоналиева Г.О. 20

Сравнительный анализ современных методов лечения метастатических плевритов у больных со злокачественными опухолями молочных желез и яичников
Бейшембаев М.И., Лягазов Р.И., Фединчик А.А., Осмоналиева Г.О.. 21

Конформная лучевая терапия в комплексном лечении злокачественных новообразований у детей (опыт ГБУЗ НО НОКОД)
Беленкова Е.А., Привалова Л.П., Канищева Н.В., Барсуков А.В., Абрамова Е.А., Исаев К.Р., Масленникова А.В.. 21

Теплофизические характеристики для планирования криохирургических операций в онкологии
Белозеров А.Г., Васильев А.О., Пушкарев А.В., Пономарев Д.Е., Пушкарев А.В. 22

Нейрохирургическое лечение ангиолимфоидной гиперплазии с эозинофилией
Биктимиров Р.Г., Киселев А.М., Казанцева И.А., Шерман Л.А. 22

Хирургический аспект при метастатических поражениях головного мозга
Биктимиров Р.Г., Киселев А.М., Кедров А.В., Шерман Л.А. 23

Результаты хирургического лечения базальных менингиом больших размеров
Биктимиров Р.Г., Киселёв А.М., Шерман Л.А., Рамазанов И.Ш. 23

Биопсия сигнальных лимфатических узлов у больных раком молочной железы
Бит-Сава Е.М., Егоренков В.В., Анчабадзе М.Г., Дамениа А.О., Мельникова О.А., Ахмедов Р.М., Моногарова М.А., Панина М.С., Никитина В.В., Мелдо А.А., Зыков Е.М., Чернобривцева В.В., Башкиров Л.В., Шелехова К.В., Моисеенко В.М.. 24

Хронокоррекция паллиативной химиотерапии у больных старческого возраста
Бланк М.А., Бланк О.А. 24

Синхронная комбинированная терапия в лечении злокачественных новообразований позвоночника
Бланк М.А., Бланк О.А. 25

Дифференциальная диагностика анемического синдрома с микроцитарными гипохромными характеристиками эритроцитов у онкологических больных с колоректальным раком
Блиндарь В.Н., Зубрихина Г.Н., Матвеева И.И. 25

Оптимизация лучевой терапии при лечении метастазов в лимфатические узлы шеи без выявленного первичного очага с применением быстрых нейтронов
Бобкова Г.Г., Важенин А.В., Галямова Ю.В., Важенин И.А., Кузнецова А.И., Ложков А.А., Клюшнева А.А. 26

Оценка спектра мутаций в генах BRCA1/2 у пациенток с клиническими признаками наследственного рака молочной железы
Богомолова О.А., Водолажский Д.И., Шатова Ю.С., Верескунова М.И., Кучкина Л.П., Луганская Р.Г., Черникова Е.Н., Бакулина С.М. 26

Молекулярная характеристика метастатического потенциала немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) и рака желудка
Богуш Т.А., Пономаренко Е.А., Дудко Е.А., Мамичев И.А., Гришанина А.Н., Новиков Д.В., Полоцкий Б.Е., Давыдов М.М. 27

Эндосальпингоз надключичного лимфатического узла
Борисова О.В., Волченко Н.Н. 27

Предикторная роль исходного SUVmax для прогнозирования эффективности стереотаксической радиотерапии больных раком легкого I-II стадии
Борисова Т.Н., Назаренко А.В., Ткачев С.И., Иванов С.М., Мещерякова Н.А., Герасимов Ю.А., Лораева С.А. 28

Оценка качества цитологического скрининга рака шейки матки, проводимого в женских смотровых кабинетах Челябинской области в 2010–2015 гг.
Бочкова А.Г., Доможирова А.С.. 28

Состояние онкологической помощи больным раком шейки матки в Челябинской области в 2005–2015 гг.
Бочкова А.Г., Доможирова А.С., Аксенова И.А. 29

Роль смотровых кабинетов Челябинской области в раннем выявлении злокачественных новообразований шейки матки
Бочкова А.Г., Доможирова А.С., Аксёнова И.А. 29

Значение факта повышения стадии заболевания после оперативного лечения первично операбельного рака молочной железы
Булынский Д.Н., Терешин О.С., Удовиченко И.В., Мигранова Н.В., Самылов В.В. 30

Этапы разработки и внедрения новой версии канцер-регистра с расширенной информационной базой данных на базе многопрофильного стационара
Бутенко А.В., Виноградова Н.Н., Тимашков Д.А., Простов М.Ю., Заев С.Н. 30

Особенности оказания онкологической помощи пациентам пожилого и старческого возраста – новое решение проблемы
Бутенко А.В., Тимашков Д.А. 31

Возможности и перспективы онкологического регистра с расширенной информационной базой данных в многопрофильном стационаре
Бутенко А.В., Тимашков Д.А., Виноградова Н.Н., Денисов Д.Б., Заев С.Н. 31

Эффективность комплексной эндоскопической диагностики центрального рака легкого
Былин М.В., Черемисина О.В., Панкова О.В., Афанасьев С.Г. 32

Развитие ядерной медицины в Уральском федеральном округе
Важенин А.В., Доможирова А.С., Редин Е.В., Кузьмина Л.И., Рыжий А.П. 32

Лимфопролиферативные новообразования с поражением желудочно-кишечного тракта. Особенности диагностики и лечения. Наш собственный опыт
Важенин А.В., Ершова М.Н., Ворошина Н.В., Фадеева Н.В., Павленко Е.С. 33

Рак шейки матки, ассоциированный с беременностью
Важенин А.В., Шамина О.М., Ворошина Н.В., Аржанникова Д.Ф., Павленко Е.С. 33

Применение системы «кибер-нож» в лечении больных метастатичесикм колоректальным раком
Важенин И.А., Зайков А.А., Чайченко Д.В., Привалов А.В., Галямова Ю.В., Антонов А.А. 34

ПЭТ-визуализация злокачественных новообразований органа зрения различной локализации
Важенина Д.А., Важенин А.В., Афанасьева Н.Г. Зотова А.С. 34

Осложнения раннего и позднего послеоперационного периода робот-ассистированной радикальной простатэктомии
Васильев А.О., Говоров А.В., Сухих С.О., Котенко Д.В., Пушкарь Д.Ю. 35

Эксперименты *in vitro* и *ex vivo* – залог успешного результата лечения рака предстательной железы при помощи криоаблации
Васильев А.О., Пушкарев А.В., Говоров А.В., Цыганов Д.И., Пушкарь Д.Ю. 35

Стеноз везикоуретрального анастомоза после радикальной простатэктомии: альтернативные подходы к профилактике
Васильев А.О., Рева И.А., Говоров А.В., Пушкарь Д.Ю. 36

Эффективность определения двух маркеров в стуле при проведении скрининга колоректального рака
Васильев С.В., Смирнова Е.В., Попов Д.Е., Семенов А.В. 36

Комплексное лечение дифференцированного рака щитовидной железы, роль дистанционных методов облучения
Васильева Е.Б., Гелиашвили Т.М., Важенин А.В. 37

Об организации отделений паллиативной медицинской помощи в структуре онкологических диспансеров
Введенская Е.С., Палехов А.В. 37

Современные подходы к планированию лучевой терапии (ЛТ) больных лимфомами
Виноградова Ю.Н., Иванова Е.И., Чумаченко А.И., Ильин Н.В. 38

Опыт применения деносумаба в лечении метастазов в кости при солидных опухолях
Владимирова Л.Ю., Абрамова Н.А., Агиева А.А., Сторожакова А.Э., Попова И.Л., Тихановская Н.М., Рядинская Л.А., Ежова М.О. 38

Вторичная энуклеация как результат осложненного течения заболевания после органосохранного лечения меланомы хориоидеи
Власова О.С., Семенова Л.Е., Шимоткина Е.В. 39

Дифференциальная экспрессия раково-тестикулярных антигенов в метастатических и не метастатических опухолях молочной железы
Водолажский Д.И., Кутилин Д.С., Никитина В.П., Могушкова Х.А., Солдатова К.И., Кит О.И. 39

Траскрипционный профиль раково-тестикулярных антигенов у больных раком молочной железы люминальных типов А и В
Водолажский Д.И., Кутилин Д.С., Могушкова Х.А., Кит О.И. 40

Исследование копийности 17 генетических локусов у пациентов с резектабельным раком желудка
Водолажский Д.И., Тимошкина Н.Н., Маслов А.А., Колесников Е.Н., Татимов М.З. 40

Оценка эффективности лечения местно-распространенного рака предстательной железы. 5-летний опыт одного центра
Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Трубин А.Ю., Хакимов В.Г., Боряев А.Н., Исаргапов Р.М. 40

Факторы прогноза рецидива у больных после органосохраняющего хирургического лечения рака прямой кишки
Воздвиженский М.О., Савинков В.Г., Фролов С.А., Полетаева С.В., Козлов А.М., Князев Р.А. 41

Модифицированная двухстадийная резекция печени (ALPPS) при первично-нерезектабельных опухолях печени: первые результаты лечения
Воздвиженский М.О., Соловов В.А., Фролов С.А., Тюрин А.А. 42

Обнаружение онкогена Е7 ВПЧ16 в операционном материале от больных раком предстательной железы
Волгарева Г.М., Ермилова В.Д., Хачатурян А.В., Татарский В.В., Матвеев В.Б., Павлова Л.С. 42

Маркеры MOC31 и Ber-EP4 при диагностике опухолей в экссудатах
Волченко Н.Н., Борисова О.В., Ермолаева А.Г., Мельникова В.Ю. 43

Результаты применения информационных технологий в диагностике и лечении онкологических заболеваний. (Опыт Чувашской Республики)
Воропаева Л.А. 43

Анализ осложнений после операций циспростатэктомии, с цистопластикой, за 2003–2016 гг., в ЧОКОД, возникших в ближайший послеоперационный период
Ворошин Д.Г., Важенин А.В. Карнаух П.А., Кудряшев Г.Ю. 43

Положительный опыт применения экстрокорпоральных методов дезинтоксикации для лечения острой почечной недостаточности в онкологической практике
Ворошин Д.Г., Важенин А.В., Заводчиков С.В., Русанова Е.В. 44

Пути совершенствования таргетной терапии пациенток, страдающих раком молочной железы
Ворошина Н.В., Важенин А.В. Толстикова Е.А., Павленко Е.С. 44

Раннее выявление предопухолевой патологии толстой кишки с целью формирования групп онкологического риска, лечения, а также динамического наблюдения
Вусик М.В., Черемисина О.В., Авдеенко Т.В. 45

Современная тактика проведения внутриполостной лучевой терапии при раке шейки матки (методология, результаты)
Гаврилова А.В., Кравец О.А., Федянина А.А., Козлов О.В., Романова Е.А. 45

Вопросы хирургического лечения почечно-клеточного рака больных преклонного возраста
Газиев Л.Т., Алмурадова Д.М. 46

Approach to surgical treatment of renal cell cancer elderly patients
Газиев Л.Т., Атаханова Н.Э., Алмурадова Д.М. 46

Качество жизни больных, оперированных по поводу высокодифференцированного рака щитовидной железы в детстве
Галеева А.В., Афанасьева З.А. 47

Непосредственные результаты лапароскопических вмешательств у больных раком прямой кишки
Галкин В.Н., Невольских А.А., Ерыгин Д.В., Рухадзе Г.О., Почуев Т.П., Бердов Б.А., Михалева Ю.Ю., Трищенков С.Ю. 47

Оптимизация диеты при подготовке к колоноскопии путем применения энтерального питания
Галяев А.В., Мтвралашвили Д.А., Ликутов А.А., Веселов Вл.В. 48

Аспекты УЗД диагностики рака предстательной железы
Ганов Д.И., Зиновьев К.В. 48

Ультразвуковые признаки ПИН
Ганов Д.И., Зиновьев К.В. 49

Рак мочевого пузыря в Алтайском крае в 2011–2016 годах
Ганов Д.И., Федоскина А.В., Балаганская А.Б. 49

Рак почки в Алтайском крае в 2016 году
Ганов Д.И., Федоскина А.В., Балаганская А.Б. 50

Хирургическое лечение пациентов с раком кожи носа
Гарев А.В., Васильев Ю.С., Гузь А.О., Захаров А.С. 50

Особенности интраэпителиальных микробных сообществ в опухолях прямой и ободочной кишки
Гатауллин И.Г., Ильинская О.Н., Сафиуллина Д.Р., Мамедзаде К.Р. 51

Профилактика послеоперционной гиперкоагуляции у больных колоректальным раком
Гатауллин И.Г., Фролов С.А. 51

Мутации гена K-RAS как фактор прогноза у больных колоректальным раком
Гатауллин И.Г., Шакиров Р.К., Гордиев М.Г., Гатауллин Б.И. 52

Паллиативная фотодинамическая терапия при стенозирующем центральном раке легкого
Гатьятов Р.Р., Важенин А.В., Яйцев С.В., Лукин А.А., Гюлов Х.Я., Кулаев К.И., Мирончено М.Н., Манцырев Е.О., Гнатюк Я.А., Тимофеев С.Н., Колосова Е.С., Печерица Е.Д. 52

Применение водоструйного диссектора при выполнении нервосберегающей простатэктомии
Геворгян Г.С., Костин А.А., Воробьев Н.В., Нюшко К.М. 53

Группа высокого риска прогрессирования больных дифференцированным раком щитовидной железы: влияние ПЭТ/КТ-18-ФДГ на тактику лечения и прогноз заболевания
Гелиашвили Т.М., Важенин А.В., Васильева Е.Б., Афанасьева Н.Г., Важенина Д.А. 53

Гипертермия в клинической радиологии
Гильманова Д.Р., Батталова Г.Ю. 54

Результаты проспективного исследования состояния ипсилатеральных долевых лимфатических узлов
Гильметдинов А.Ф., Потанин В.П. 54

Поиск мутаций в генах системы репарации ДНК у пациентов с раком предстательной железы
Гилязова И.Р., Кунсбаева Г.Б., Мустафин А.Т., Павлов В.Н., Хуснутдинова Э.К. 55

Гипертермия как дополнительная опция в лечении больных плоскоклеточным раком анального канала
Глебовская В.В., Ткачев С.И., Иванов С.М., Назаренко А.В., Булычкин П.В., Расулов А.О., Гордеев С.С., Трофимова О.П., Борисова Т.Н., Тимошкина Е.В., Сураева Ю.Э. 55

Роль лучевой терапии в лечении местнораспространенных опухолей прямой кишки
Глотов С.С., Игитов В.И., Суворов В.В. 56

Диагностическая биопсия сигнального лимфатического узла с использованием флуоресцентной лимфографии у больных раком молочной железы
Горностаева А.С., Кузнецов А.В., Шакирова Н.М., Анурова О.А., Козлов Н.А., Карпов А.В., Масляев А.В., Кампова-Полевая Е.Б., Мистакопуло Ф.Н. 56

Изучение биохимических особенностей включения в комплекс противоопухолевого лечения больных раком шейки матки лечебного плазмафереза и иммуномодулятора Аллокин-Альфа
Горошинская И.А., Меньшенина А.П., Моисеенко Т.И., Ушакова Н.Д., Немашкалова Л.А., Чудилова А.В., Кит О.И. 57

Эндоскопическая полипэктомия как метод профилактики колоректального рака у пациентов с доброкачественными новообразованиями ободочной и прямой кишки
Горьковой А.В., Каушанский В.Б., Уваров И.Б. 57

Оценка риска прогрессирования опухолевого процесса у пациенток, страдающих раком яичников
Готько О.В., Прохорова В.И., Державец Л.А., Лаппо С.В., Шишло Л.М., Цырусь Т.П., Зайцева Л.А. 58

Оценка эффективности применения нейрофизиологического мониторинга возвратных гортанных нервов в тиреоидной хирургии у детей
Грачев Н.С., Бабаскина Н.В., Яременко Е.Ю. 58

Использование свободных лоскутов для закрытия смешанных дефектов головы и шеи у детей
Грачев Н.С., Терещук С.В., Бабаскина Н.В., Ворожцов И.Н., Пряников П.Д., Калинина М.П. 59

Цитологическая диагностика рака яичников с использованием иммуноцитохимических и молекулярно-генетических исследований
Григорук О.Г., Пупкова Е.Э., Базулина Л.М., Максименко Т.А., Лазарев А.Ф. 59

Роль нутритивной поддержки в реализации программы ускоренного восстановления больных колоректальным раком после радикальных операций
Гридасов И.М., Иодис И.В. 60

Отдаленные результаты консервативной и оперативной реабилитации больных раком молочной железы
Грушина Т.И., Сидоров Д.Б. 60

Значения уровня CA-125 у больных с диссеминированными формами серозных пограничных опухолей яичников
Давыдова И.Ю., Кузнецов В.В., Карселадзе А.И., Мещерякова Л.А., Жарова А.С. 61

Диссеминированные формы серозных пограничных опухолей яичников
Давыдова И.Ю., Кузнецов В.В., Карселадзе А.И., Мещерякова Л.А., Жарова А.С. 61

Роль нутритивной поддержки в колоректальной хирургии
Данилов М.А., Атрощенко А.О. 62

Заболеваемость раком почки в Астраханской области
Джуваляков С.Г., Зайцев И.В., Кутуков В.В., Дмитриев Е.В. 62

Лечение пострадиационных мочеполовых свищей у женщин
Довлатов З.А., Лоран О.Б., Серегин А.В. 63

Качество жизни и отдаленные результаты лечения при экзентерации органов таза у женщин
Довлатов З.А., Лоран О.Б., Серегин А.В. 63

Роль государственно-частного сотрудничества в модернизации оказания онкологической помощи жителям Курской области
Долгин В.И., Киселев И.Л. 63

ABC и XYZ – анализ в работе Курского областного онкологического диспансера
Долгин В.И., Зеленова О.В., Крекнина Е.А., Киселев И.Л. 64

Российский скрининговый регистр
Доможирова А.С., Новикова Т.С., Аксенова И.А. 64

Противоопухолевое действие цисплатина в комбинации с дигоксином при разном режиме введения модификатора
Дьякова Ю.Б., Богуш Т.А., Сапрыкина Н.С., Дудко Е.А., Равчеева А.Б., Коломийцев С.Д., Шпрах З.С. 65

Диагностика и лечение НЭО поджелудочной железы: современное состояние проблемы
Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Кондрашин С.А., Фоминых Е.В., Парнова В.А., Васильев И.А., Лежинский Д.В., Ивашов И.А. 65

Эпидемиология рака легкого в Самарской области в период 2006–2015 годы
Егорова А.Г., Орлов А.Е. 66

Эпидемиология рака желудка в Самарской области в период 2006–2015 гг.
Егорова А.Г., Орлов А.Е. 66

Органосохраняющее лечение опухолей внутреннего угла глаза
Енгибарян М.А., Розенко Л.Я. 67

Комбинированное лечение местно-распространенного и прогностически неблагоприятного рака прямой кишки
Ерыгин Д.В., Бердов Б.А., Галкин В.Н., Невольских А.А., Титова Л.Н., Рухадзе Г.О., Карпов А.А., Почуев Т.П., Бродский А.Р. 67

Антимюллеров гормон как маркер опухолей репродуктивной системы женщины
Жекшенбек кызы Тамара, Бейшембаев А.М., Турдалиев Б.Р., Абыкеева Э.Ч. 68

Интерактивная автоматизированная система синдромной диагностики «электронная поликлиника» в ранней диагностике онкологических заболеваний
Жигулев А.Н., Мишланов В.Ю., Большакова Е.С. 68

Алгоритм лечения рака прямой и ободочной кишки при билатеральном метастатическом поражении печени
Загайнов А.С., Шелехов А.В., Дворниченко В.В., Расулов Р.И., Зубков Р.А. 69

Использование эластографии с обычной и внутриопухолевой референсной зоной при новообразованиях мягких тканей
Зайцев А.Н., Бусько Е.А. 69

Микроэлементы мочи при опухолях почек и мочевого пузыря
Зайцев И.В., Кутуков В.В., Джуваляков С.Г. 69

Первично-множественные опухоли у больных раком толстой кишки
Закирова Л.К., Каланова А.П., Рахимов Р.Р., Гареева З.Н., Тарасова Т.Ю., Пашков И.С. 70

Субментальный лоскут в комбинированном лечение опухолей головы и шеи
Захаров А.С., Гузь А.В., Гарев А.В., Соколова М.И. 70

Применение обобщенных показателей иммунитета для дифференциальной диагностики ремиссии и рецидива онкогинекологических заболеваний
Зацаренко С.В., Кузьмина Е.Г. 71

Нутритивная поддержка онкологических больных до и после хирургических вмешательств
Зенюков А.С., Коновалов И.В., Локалов Е.Г. 71

Характеристика системного и локального иммунитета у больных злокачественными опухолями и ее возможная прогностическая значимость
Златник Е.Ю., Новикова И.А., Селютина О.Н., Закора Г.И., Кочуев С.С., Пржедецкий Ю.В., Базаев А.Л., Гранкина А.О., Максимов А.Ю. 72

Углеродные и металлические наночастицы как перспективные противоопухолевые средства (экспериментальное исследование)
Златник Е.Ю., Шульгина О.Г., Золотарева Е.И., Гранкина А.О. 72

Возможности последовательной таргетной терапии метастатического рака почки
Золотарева Т.Г., Баландина А.В. 73

Проведение «Дней здоровья» на базе ГБУЗ СОКОД
Золотарева Т.Г., Козлова О.А., Окунева И.В., Коневская Т.В. 73

Комбинированное лечение местнораспространенных высокозлокачественных сарком мягких тканей
Зубарев А.Л., Курильчик А.А., Курпешев О.К., Стародубцев А.Л., Иванов В.Е. 74

Применение эндоскопических резекций как радикального метода лечения раннего рака желудка
Зуйков К.С., Важенин А.В., Кулаев К.И., Юсупов И.М. 74

Особенности нутритивного статуса у больных раком желудка
Зуков Р.А., Горбунова Е.А. 75

Группы прогноза при папиллярном раке щитовидной железы в зависимости от статуса мутации BRAF V600E и индекса экспрессии Ki-67
Иванов А.А., Авдалян А.М., Лазарев А.Ф. 75

Анализ частоты мутаций в гене *BRAF* при меланоме кожи в Алтайском крае
Иванов А.А., Авдалян А.М., Ракуть Д.В., Пупкова Е.Э., Лазарев А.Ф. 76

Современный опыт реабилитации онкологических больных при операциях на опорно-двигательном аппарате
Иванов В.Е., Курильчик А.А., Стародубцев А.Л., Зубарев А.Л., Гуменецкая Ю.В. 76

Ранние результаты «обратного» эндопротезирования плечевого сустава при опухолевом поражении плечевой кости
Иванова М.В., Карпенко В.Ю., Бухаров А.В., Державин В.А., Ядрина А.В. 77

Опыт применения системы «кибер-нож» в лечении пациентов с почечно-клеточным раком
Ивахно К.Ю., Важенин И.А., Важенин А.В., Карнаух П.А. 77

Проблема инвалидности больных колоректальным раком в Удмуртской республике
Идиатуллин Р.М., Прокопьева Т.А. 78

Опыт аутотрансплантации толстой кишки при первичной и реконструктивной эзофагопластике в онкологии
Ильин И.А. 78

Феномен быстрого прогрессирования опухоли поджелудочной железы и оптимизация сроков МР-визуализации
Иозефи Д.Я., Винидченко М.А., Демченко Н.С. 79

Эффективность химиолучевой терапии рака шейки матки с применением различных режимов брахитерапии высокой мощностью дозы
Исаев И.Г., Акперов К.С., Гулиев Э.Г., Алиева Н.С. 79

Организация медицинской помощи пациентам с лимфомами кожи в Челябинской области
Исаева Г.К., Важенин А.В., Фадеева Н.В., Мамонова А.О., Шмыгина О.С., Курченкова О.В., Маслихов И.А., Татджидинова Т.Г., Андриевских М.И. 80

Результаты лечения больных с опухолями забрюшинного пространства
Каганов О.И., Самойлов К.В., Лысенко А.В., Блинов Н.В. 80

Особенности клинического течения наследственных форм ретинобластомы
Казубская Т.П., Козлова В.М., Ушакова Т.Л., Югаева О.В., Алексеева Е.А., Стрельников В.В., Поляков В.Г. 81

Новые сывороточные маркеры для ранней диагностики плоскоклеточного рака головы и шеи
Какурина Г.В., Черемисина О.В., Кондакова И.В., Чойнзонов Е.Л. 81

Особенности применения ПЭТ-КТ в диагностике вторичных изменений при раке легкого
Калантаев Д.Б., Афанасьева Н.Г., Важенина Д.А. 82

Здоровый образ жизни – основа профилактики злокачественных новообразований
Каприн А.Д., Александрова Л.М., Старинский В.В. 82

Диагностика и лечение герминативноклеточных опухолей центральной нервной системы у детей Нижегородской области
Карасева Л.Р., Привалова Л.П. 83

Опыт применения технологии «Cell saver» для реинфузии аутокрови при операциях в абдоминальной онкологии
Каримов А.И., Ройзман А.П., Шадрина Ю.А., Эйдинов А.Г. 83

Редкое наблюдение нейроэндокринного рака шейки матки
Карнаухов Н.С., Маслов А.А., Вереникина Е.В., Никитина В.П., Каминский Г.В. 83

Параацетабулярные резекции с реконструкцией вертлужной впадины модульным эндопротезом, ранние результаты
Карпенко В.Ю., Державин В.А., Бухаров А.В.. 84

Хирургическое лечение компрессионного синдрома при метастатическом поражении позвоночника пациентов с раком молочной железы
Карпенко В.Ю., Державин В.А., Бухаров А.В., Илуридзе Г.Д. 84

Реконструктивно-пластические операции при десмоидных фибромах туловища и конечностей
Карпенко В.Ю., Новикова О.В., Ядрина А.В., Бухаров А.В., Державин В.А. 85

Адъювантное системное лечение рака молочной железы T1-2N0M0: 20-летние результаты
Карпов А.В., Портной С.М., Карасева В.В., Хайленко В.А., Иванов С.М., Лактионов К.П. 85

Снижение частоты местных рецидивов при выполнении орагносохраняющих операций у больных раком молочной железы T1-3N0M0 с помощью систематического контроля всех краев резекции
Карпов А.В., Портной С.М., Карасева В.В., Хайленко В.А., Иванов С.М., Лактионов К.П., Шакирова Н.М., Анурова О.А., Козлов Н.А. 86

Выбор метода лучевого лечения локализованного рака предстательной железы
Киприянов Е.А., Важенин И.А., Давыдова О.Н., Карнаух П.А., Важенин А.В. 86

К вопросу об индивидуализации тактики комбинированного лечения, распространенного кардиоэзофагеального рака
Киршин А.А., Порываев Г.А., Шиляев Д.В., Тарасов Р.А., Ившин В.А., Хлынов Ф.А., Квасов С.Г.. 87

Применение мононоклональных антител-блокаторов EGFR при метастатическом колоректальном раке (MKPP)
Кит О.И., Владимирова Л.Ю., Абрамова Н.А., Сторожакова А.Э., Попова И.Л., Тихановская Н.М., Рядинская Л.А., Агиева А.А., Ежова М.О. 87

Особенности мутаций гена KRAS при распространенном колоректальном раке
Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Водолажский Д.И., Шуликов П.Б., Полуэктов С.И. 88

Клинико-морфологические особенности первично-множественного колоректального рака
Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Милакин А.Г., Ильченко С.А., Харагезов Д.А. 88

Трансанальная эндоскопическая хирургия в лечении опухолей прямой кишки
Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Харагезов Д.А., Каймакчи Д.О., Донцов В.А. 89

Малоинвазивные рентгенохирургические вмешательства при механической желтухе опухолевого генеза
Кит О.И., Колесников Е.Н., Мезенцев С.С., Снежко А.В., Черняк М.Н. 89

Подходы к лечению местно-распространенного рака шейки матки
Ковалец Л.В., Доможирова А.С., Ивахно М.Н. 90

Повторные операции при асептической нестабильности эндопротеза у больных с опухолями дистального отдела бедренной кости
Кожевников А.Б., Расулов Р.И., Борисенко Е.Г., Зарубин С.С., Аникин Н.Ю., Петров В.В.. 90

К вопросу о ранних лучевых реакциях у больных раком предстательной железы
Козина Ю.В. 91

Современные возможности дифференциальной неинвазивной диагностики новообразований кожи
Козлов С.В., Захаров В.П., Каганов О.И., Морятов А.А., Братченко И.А., Артемьев Д.Н. 91

Метод автофлуоресцентной диагностики новообразований кожи в ближней инфракрасной области
Козлов С.В., Захаров В.П., Каганов О.И., Морятов А.А., Орлов А.Е., Борисов А.П., Братченко И.А., Артемьев Д.Н., Андреева А.А. 92

Реконструктивно-восстановительные операции у больных раком молочной железы: существует ли оптимальная методика?
Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Борисов А.П., Ткачев М.В. 92

Применение перфузионной компьютерной томографии при первичных злокачеситвенных опухолях головного мозга
Козлов С.В., Капишников А.В., Баландина А.В., Золотарева Т.Г. 93

Участие эстрогенов и инсулин-зависимых факторов роста в развитии первичных и рецидивных опухолей молочной железы
Комарова Е.Ф., Позднякова В.В., Пржедецкий Ю.В., Карнаухова В.С. 93

Выявление мутаций методом плавления ДНК: взаимодействие зондов TaqMan с ампликонами-«шпильками»
Кондратова В.Н., Лихтенштейн А.В. 94

Структурно-денситометрический анализ и картирование плотности шаровидных образований легких при мультиспиральной компьютерной томографии
Коновалов В.К., Борисенко О.В., Федосеев М.А., Модакалова Ю.С.. 94

Радиочастотная абляция периферического немелкоклеточного рака легкого у больных высокого операционного риска
Королев Д.Г., Кривощеков Е.П., Каганов О.И., Морятов А.А. 94

Лечение и профилактика тромбоцитопении как осложнения при комбинированном химиолучевом лечении онкологических больных
Корытова Л.И., Мешечкин А.В., Мешечкина В.Г., Корытов О.В.. 95

Интеграция, анализ и консолидации информации в госпитальном регистре на основе использования тезауруса предметной области «онкология»
Костин А.А., Мокина В.Д., Бабаян Л.А., Родин С.Р., Семенович М.В. 95

Состояние гормонального баланса у больных раком яичников 3–4 стадии репродуктивного возраста
Кравцова О.Е., Неродо Г.А., Франциянц Е.М., Никитина В.П., Вереникина Е.В., Непомнящая Е.М., Никитин И.С., Черникова Н.В. 96

Изучение гормональной функции гонад после оперативного лечения рака шейки матки и лучевой терапии
Крузе П.А., Вереникина Е.В., Неродо Г.А., Черкасова А.А., Селезнева О.Г., Чалабова Т.Г., Меньшенина А.П., Черникова Н.В., Порываев Ю.А., Никитина В.П., Кравцова О.Е., Никитин И.С., Абдулаева Н.М. 96

Комплексная ультразвуковая диагностика рецидивов рака шейки матки
Кряжева В.С., Чекалова М.А., Кузнецов В.В. 97

Современный подход к хирургическому лечению сарком мягких тканей
Куваев С.В., Антонов А.А., Семикопов К.В., Чайченко Д.В., Астафьев И.В., Пашевич С.А., Привалов А.В.. 97

Медицинская, психосоциальная и духовная составляющие паллиативной помощи онкологическим больным
Кудряшов А.А., Кудряшова Л.Н., Гайсин А.К.. 98

Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения городского округа город Уфа за 2016 год
Кудряшова Л.Н., Кудряшов А.А. 98

Изучение экспрессия ММП-9 в плоскоклеточном раке гортани
Кулагин Р.Н., Петров С.В. 99

Эндоскопическое ультразвуковое исследование периферических новообразований легких
Кулаев К.И., Важенин А.В., Зуйков К.С., Юсупов И.М. 99

Эффективность эндоскопической ультразвуковой диагностики злокачественных новообразований легких и средостения при применении иммуноцитохимического метода исследования ткани опухоли
Кулаев К.И., Важенин А.В., Лукин А.А., Семёнова А.Б., Зуйков К.С., Юсупов И.М. 99

Болезнь Педжета
Кулешова С.В., Алтаева А.А., Минушкина Л.О. 100

Диагностический поиск при первично-метастатическом поражении лимфоузлов шеи
Куликов Е.П., Захаркина Т.В.. 100

Синдром анемии у больных с колоректальным раком
Куликов Е.П., Зубарева Т.П., Максаев Д.А. 101

Сфинктеросохранные операции в лечении больных низким раком прямой кишки
Куликов Е.П., Каминский Ю.Д., Клевцова С.В., Судаков И.Б., Мерцалов С.А., Рязанцев М.Е. 101

Влияние генетического полиморфизма и мутаций некоторых генов на развитие и течение колоректального рака
Куликов Е.П., Никифоров А.А., Мерцалов С.А., Судаков И.Б., Каминский Ю.Д., Судаков А.И.. 102

Выживаемость больных колоректальным раком с отдаленными местастазами после паллиативных операций
Куликов Е.П., Рязанцев М.Е., Веркин Н.И., Головкин Е.Ю., Порватова М.А., Мерцалов С.А., Демко А.Н. 102

Учет индивидуальных особенностей при неоадъювантной терапии больных аденокарциномой прямой кишки
Куликов Е.П., Рязанцев М.Е., Судаков И.Б., Бичерова Т.П., Каминский Ю.Д., Судаков А.И.. 103

Особенности преподавания предмета «паллиативная медицинская помощь в онкологии» для студентов медицинских вузов
Куликов Е.П., Судаков И.Б., Каминский Ю.Д., Мерцалов С.А., Демко А.Н., Судаков А.И. 103

Реконструктивный компонент в хирургическом лечении пациентов со злокачественными новообразованиями полости рта
Кульбакин Д.Е., Чойнзонов Е.Л., Гарбуков Е.Ю., Мухамедов М.Р., Хавкин Н.М.. 104

Оптимизация паллиативной и симптоматической помощи пациентам с распространенными формами злокачественных опухолей
Курченкова О.В., Важенин А.В., Мироненко М.Н., Фадеева Н.В., Саевец В.В., Шмыгина О.С., Мамонова О.А., Маслихов И.А., Исаева Г.К., Андриевских М.И.. 104

Изменение числа копий гипервариабельного участка D-петли митохондриальной ДНК у пациентов с аденокарциномой легкого в плазме крови
Кутилин Д.С.. 105

Траскрипционный профиль раково-тестикулярных антигенов у больных раком молочной железы разного возраста
Кутилин Д.С., Водолажский Д.И., Никитина В.П., Могушкова Х.А., Солдатова К.И., Кит О.И.. 105

Сравнительная характеристика протеомного профиля у больных метастатическим и не метастатическим колоректальным раком
Кутилин Д.С., Водолажский Д.И., Харин Л.В., Кит О.И. 106

Наш опыт применения программы «fast track» при различных урологических и онкоурологических вмешательствах
Кутлуев М.М., Сафиуллин Р.Р. 106

Новый подход в лечении лимфостаза у онкологических больных
Кучерова Т.Я., Вусик М.В., Черемисина О.В. 106

Новые подходы к улучшению ранней диагностики злокачественных новообразований
Лазарев А.Ф.. 107

Оценка динамики эффективности онкологической помощи в Алтайском крае и Сибирском федеральном округе
Лазарев А.Ф.. 107

Индивидуальная карта онкорисков трахеи, бронхов, легкого. Критические значения факторов риска
Лазарев А.Ф.. 108

Таблица онкорисков трахеи, бронхов, легкого
Лазарев А.Ф.. 108

Сравнительные показатели выявляемости злокачественных новообразований (ЗН) у лиц «регистра предрака высокого онкориска» и различных видах профилактических мероприятий
Лазарев А.Ф., Петрова В.Д., Синкина Т.В., Димитриади Ю.Н., Секержинская Е.Л. 109

Активность матриксной металлопротеиназы в опухолевых клетках при почечно клеточном раке
Лазарев А.Ф., Черданцева Т.М., Бобров И.П., Ситникова Ж.И. 109

Влияние иссечения послеоперационного рубца после амбулаторного иссечения недиагностированной меланомы кожи на ближайшие результаты лечения
Липатов О.Н., Атнабаев Р.Д., Ручкин В.В. 110

Влияние брахитерапии высокой мощности на выживаемость при консервативном лечении рака пищевода
Ложков А.А., Важенин А.В., Шарабура Т.М., Кулаев К.И., Давыдова О.Н., Пименова М.М., Сыролева К.Н., Зуйков К.С., Юсупов И.М. 110

Лимфоидные органы в экспериментальном канцерогенезе простаты
Ломшаков А.А., Асташов В.В., Бородин Ю.И., Козлов В.И., Анцырева Ю.А., Казаков О.В.. 111

Некоторые клинико-морфологические факторы прогноза при раке шейки матки 2-4 клинических стадий
Максименко Т.А., Авдалян А.М., Лазарев А.Ф. 111

Возможности применения комплексной ультразвуковой диагностики и динамической реносцинтиграфии у пациентов с опухолевым поражением почки
Максимова Н.А., Агаркова Е.И., Аразамасцева М.А., Сергеева М.М. 112

Диагностическая ценность ультразвукового исследования и тонкоигольной пункционной аспирационной биопсии на этапах скрининга у пациентов с патологией щитовидной железы
Максимова Н.А., Арзамасцева М.А., Ильченко М.Г., Акопян Л.Г. 112

Ультразвуковое исследование в процессе оценки эффективности противоопухолевой терапии рака шейки матки
Максимова Н.А., Бойко К.П., Ильченко М.Г., Агаркова Е.И. 113

Значение комплексной ультразвуковой диагностики при забрюшинных опухолях у детей
Максимова Н.А., Ильченко М.Г., Гурнак В.В., Бойко К.П., Кузнецов С.А. 113

Ультразвуковая диагностика меланоцитарных образований кожи
Максимова Н.А., Позднякова В.В., Ильченко М.Г., Максимова М.И. 114

Сонографический мониторинг в сочетании с параметрами гаптоглобина рецидивов рака яичников
Максимова Н.А., Сергеева М.М., Горошинская И.А., Сурикова Е.И., Ильченко М.Г. 114

Экспрессия бета-III тубулина и эстрогеновых рецепторов альфа и бета в ткани немелкоклеточного рака легкого
Мамичев И.А., Пономаренко Е.А., Равчеева А.Б., Богуш Т.А., Полоцкий Б.Е., Давыдов М.М. 115

Комбинированное лечение больных резектабельными метастазами колоректального рака в печени
Мамонтов К.Г., Котельников А.Г., Хайс С.Л., Варнавский Е.В., Мамонтов А.К., Лазарев А.Ф. 115

Фармакоэкономическое обоснование использование схемы «бевацизумаб + интерферон» в качестве базовой схемы лечения больных метастатическим раком почки, как замена терапии цитокинами. Увеличение выживаемости без увеличения финансирования
Манихас Г.М., Борисов П.С., Орлова Р.В., Карлов П.А., Школьник М.И. 116

Эффективность лечения опухолей почек у пациентов
Маргарян С.Н., Горбатых С.В., Кубиров М.С., Липилин А.С., Ступакова Д.В., Лаврухин Д.Б., Рябов А.Б., Рогачева Е.Р. 116

Радиочастотная абляция доброкачественных симптомных узлов щитовидной железы, оценка клинической эффективности
Махонин А.А., Соловов В.А., Воздвиженский М.О. 117

Периоперационная нутритивная терапия пациентов с опухолями головы и шеи, оценка клинической эффективности
Махонин А.А., Чуйкова А.Ю., Иванов А.В. 117

Непосредственные результаты и осложнения неоадъювантной химиотерапии рака шейки матки с включением в программу лечения плазмафереза и неспецифической иммунотерапии
Меньшенина А.П., Моисеенко Т.И., Франциянц Е.М., Ушакова Н.Д., Назаралиева Н.А. 118

Заболеваемость и выживаемость больных ЗНО полости носа, среднего уха и придаточных пазух с учетом стадии заболевания и гистологической структуры опухоли
Мерабишвили В.М., Мерабишвили Э.Н. 118

Раково-эмбриональный антиген и антиген СА 242 в оценке степени распространенности рака прямой кишки до начала лечения
Минаева Н.Г., Ерыгин Д.В., Северская Н.В., Ершова И.Л. 119

Исследование мутаций в гене *TP53* у больных плоскоклеточным раком слизистой полости рта и ротоглотки
Минниахметов И.Р., Султанбаев А.В., Сакаева Д.Д., Мусин Ш.И., Насретдинов А.Ф., Султанбаева Н.И. 119

Стереотаксическая лучевая терапия/радиохирургия метастазов рака молочной железы в позвоночник в СООД г. Екатеринбург
Миронова Ю.А., Бенцион Д.Л., Баянкин С.Н., Шахнович М.В., Чудиновских В.А. 120

Паллиативная помощь онклогическим больным в Челябинской области
Мирончено М.Н., Важенин А.В., Лукин А.А. 120

Болевой синдром у онкологических больных при нейроэндокрмнных опухолях в Алтайском крае
Митина О.Г., Лазарев А.Ф., Задонцева Н.С. 121

Электрохимический лизис опухоли (ЭХЛ) в лечении местнораспространенного рака предстательной железы промежуточного и высокого риска
Михайлов А.А., Мошуров И.П., Михайлов Д.А., Струкова Л.С., Сержантова О.В. 121

Применение терапии Бусерелином для лечения распространенных форм рака предстательной железы
Мишугин С.В., Грицкевич А.А., Мордовин А.А., Дробязко А.А., Русаков И.Г. 122

Использование гормональной терапии при раке предстательной железы в интермиттирующем режиме
Мишугин С.В., Грицкевич А.А., Мордовин А.А., Дробязко А.А., Русаков И.Г. 122

Вторая линия лечения прогрессирующего рака предстательной железы октреотидом пролонгированного действия
Мишугин С.В., Грицкевич А.А., Мордовин А.А., Дробязко А.А., Русаков И.Г. 123

Особенности динамики гематологических показателей в процессе лучевой терапии у онкологических больных с хроническим облучением в анамнезе
Мозерова Е.Я., Важенин А.В., Шарабура Т.М. 123

Непосредственные результаты применения различных модификаций неоадъювантной полихимиотерапии в лечении больных местнораспространенным раком шейки матки
Моисеенко Т.И., Назаралиева Н.А., Меньшенина А.П., Непомнящая Е.М., Бойко К.П. 124

Роль хронической инфекции в формировании клинико-морфологических вариантов рака тела матки
Моисеенко Т.И., Франциянц Е.М., Вовкочина М.А., Непомнящая Е.М., Черникова Н.В., Адамян М.Л., Абдуллаева Н.М. Мягкова Т.Ю. Кравцова О.Е., Порываев Ю.А. 124

Использование онтологий при построении аналитических отчетов в госпитальном регистре
Мокина В.Д., Родин С.Р., Семенович М.В., Павлишина А.И. 125

Роль лучевых методов исследования в диагностике центрального рака легкого
Мочалина Е.Н., Евсеева М.И., Братникова Г.И, Чернова О.Н., Лукин А.А., Афанасьева Н.Г. 125

Влияние нутритивной поддержки на проведение химиолучевого лечения рака орофарингеальной зоны, гортани и пищевода
Мошуров И.П., Савенок Э.В., Знаткова Н.А., Цурикова А.В., Стикина С.А., Рябошлык Н.В., Гончарова О.В. 126

Преимущества роботассистированной перед лапароскопической резекцией при раке почки
Мурашко Р.А., Сосновский И.Б., Никитин Р.В., Ширвари А.А. 126

Колоректальный рак в Краснодарском крае: эпидемиология и выживаемость пациентов
Мурашко Р.А., Тесленко Л.Г., Степанова Л.Л. 127

Опыт контрастно-усиленного ультразвукового исследования при диагностике рака шейки матки
Мусаева З.Р-Б., Чекалова М.А., Кряжева В.С., Арушанян М. 127

Возможности лимфодиссекций при раке полости рта и ротоглотки
Мусин Ш.И., Осокин С.В., Вахитов М.А., Смольников А.А., Дубровская А.В. 128

Внедрение методики ускоренного частичного облучения молочной железы у больных ранним раком молочной железы после органосохраняющих операций с помощью дистанционной конформной 3D CRT лучевой терапии
Муфазалов Ф.Ф., Аббасова Р.Р., Гончарова О.В. 128

Современная тактика лечения злокачественных глиом головного мозга и случай полного ответа опухоли на фоне длительного приема бевацизумаба
Муфазалов Ф.Ф., Аббасова Р.Р., Муфазалова Н.А., Гончарова О.В., Сафина Л.Х., Муфазалова Л.Ф. 129

2D лучевая терапия против 3D и выше при неметастатическом раке носоглотки
Муфазалов Ф.Ф., Гончарова О.В., Аббасова Р.Р. 129

Клинический случай адаптивной радиотерапии при раке пищевода на фоне беременности
Муфазалов Ф.Ф., Гончарова О.В., Аббасова Р.Р., Муллагулова Т.Д. 130

Паллиативное облучение аксиального скелета и костей таза в терапии диссеминированных раков
Муфазалов Ф.Ф., Гончарова О.В., Аббасова Р.Р., Штефан А.Ю., Сафина Л.Х., Мухаметханова Э.Р., Шишигин А.В., Муллагулова Т.Д., Муфазалова Л.Ф. 130

Клинический случай длительного успешного лечения сорафенибом резистентного к радиоактивному йоду дифференицированного рака щитовидной железы
Муфазалов Ф.Ф., Шарипова Н.С., Гончарова О.В. 131

Взаимосвязи супрессорных регуляторных Т-клеток с основными популяциями лимфоцитов при поздних лучевых повреждениях легких
Мушкарина Т.Ю., Кузьмина Е.Г., Константинова Т.В., Курсова Л.В. 131

Влияние прогностических факторов на выживаемость радикально оперированных больных по поводу рака большого дуоденального соска
Назарова Д.Р., Расулов Р.И. 132

Технология взятия эндоскопических биоптатов при раке БДС
Назарова Д.Р., Расулов Р.И. 132

Комплексное лечение первичного и метастатического рака печени
Нартайлаков М.А., Салимгареев И.З., Логинов М.О., Погадаев В.В., Агишев Р.С., Файзуллин Р.Ф. 133

Симметризирующие операции для устранения последствий вмешательств и травм тканей головы и шеи
Насилевский П.А., Решетов И.В. 133

Опыт применения роботассистированных и эндовидеохирургических вмешательств в хирургии злокачественных новообразований головы и шеи
Насилевский П.А., Решетов И.В. 134

Изучение специфической активности инновационного генного препарата для противоопухолевой терапии в системах *in vitro* и *in vivo*
Немцова Е.Р., Безбородова О.А., Кармакова Т.А., Якубовская Р.И., Каприн А.Д., Алексеенко И.В., Монастырская Г.С., Соболев А.С., Свердлов Е.Д. 134

Метастазы в головной мозг при онкогенитальной патологии
Неродо Г.А., Калабанова Е.А., Росторгуев Э.Е. 135

Химиоиммунотерапия рака яичников
Неродо Г.А., Новикова И.А., Арджа А.Ю., Никитина В.П., Вереникина Е.В., Кравцова О.Е. 135

Симультанные оперативные вмешательства при раке желудочно-кишечного тракта
Нечунаев В.П., Агеев А.Г., Дегтярев И.В., Нечунаева Т.Г., Маликова Л.В. 136

Ближайшие результаты одномоментного восстановления непрерывности кишечника с использованием циркулярно-сшивающих аппаратов при раке прямой кишки с лимфодиссекцией
Нечунаев В.П., Панасьян А.У., Нечунаева Т.Г., Карпов В.М. 136

Опыт комбинированного лечения больных местнораспространенным кардиоэзофагеальным раком
Нечунаев В.П., Панасьян А.У., Нечунаева Т.Г., Скрябина Л.С., Лубенникова М.В., Лазарев А.Ф. 136

Уровень факторов роста в ткани злокачественной опухоли прямой и сигмовидной кишки в зависимости от пола больных
Никипелова Е.А., Кит О.И., Франциянц Е.М., Шапошников А.В., Бандовкина В.А., Каплиева И.В., Трепитаки Л.К., Ткаля Л.Д. 137

VEGF-A/VEGF-R и EGF как факторы прогноза при метастазировании колоректального рака в печень
Никипелова Е.А., Кит О.И., Франциянц Е.М., Шапошников А.В., Бандовкина В.А., Каплиева И.В., Трепитаки Л.К., Ткаля Л.Д. 137

Прогностическое значение разных типов опухолевых сосудов при раке молочной железы
Никитенко Н.В., Сеньчукова М.А., Тишкова Е.Ю., Дегтярев А.М., Киртбая Д.В. 138

Некоторые особенности иммунологического микроокружения доброкачественных и злокачественных опухолей эндометрия
Никитин И.С., Златник Е.Ю., Новикова И.А., Никитина В.П., Селютина О.Н., Кравцова О.Е. 138

Неоадъювантная полихимиотерапия в комплексном лечении больных распространенным раком яичников
Никитина В.П., Неродо Г.А., Кравцова О.Е., Вереникина Е.В., Никитин И.С., Арджа А.Ю. 139

Анализ некоторых иммунологических показателей у больных раком эндометрия в зависимости от степени распространения заболевания
Никитина В.П., Неродо Г.А., Закора Г.И., Кравцова О.Е., Никитин И.С. 139

Проблемы восстановления костных структур средней зоны лица у онкологических больных и пути их решения с использованием имплантатов
Новиков В.А., Штин В.И., Чойнзонов Е.Л., Рябова А.И., Васильев Р.В., Суркова П.В. 140

Сравнительный анализ параметров клеточного цикла самостоятельного и сочетанного рака тела матки
Новикова И.А., Никитин И.С., Никитина В.П., Кравцова О.Е. 140

Особенности реализации онкологического скрининга в современных условиях на примере Челябинской области
Новикова Т.С., Доможирова А.С., Аксенова И.А. 141

Симультанные вмешательства у больных злокачественными заболеваниями грудной полости и конкурирующей сердечной паталогией
Нохрин А.В., Гордеев М.Л., Хубулава Г.Г., Халиков А.Д., Николаев Г.В. 141

Эффективность неоадъювантной химиотерапии с последующим хирургическим вмешательством и адъювантной химиотерапии при мелкоклеточной карциноме пищевода
Нохрин А.В., Кесаев Т.С., Карасева Н.А., Севостьянов Т.Ф. 142

Возможности применения гидрогелевых материалов при лечении рецидивов колоректального рака
Обухов Е.М., Мешечкин А.В., Мешечкина В.Г., Корытова Л.И., Олтаржевская Н.Д., Коровина М.В. 142

Снижение частоты осложнений при проведении химиотерапии при нутритивной поддержке Нутридринк Компакт Протеин
Огородников В.А., Мочалова А.С. 143

Зависимость показателей онкомаркеров от степени распространенности метастатического поражения печени
Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П. 143

Радиочастотная термоаблация в лечении больных с метастазами колоректального рака в печени
Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П. 144

Изучение непосредственных результатов паллиативных операций у больных с диагнозом колоректальный рак
Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П. 144

Оценка результатов применения радиочастотной термоаблации у больных с метастазами колоректального рака в печени при циторедуктивных операциях
Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П. 144

Прогнозирование на дооперационном этапе риска развития прогрессии заболевания после выполнения радиочастотной термоаблации метастазов колоректального рака в печени
Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П. 145

Результаты одноэтапных и двухэтапных реконструктивных операции на молочной железы с использованием имплантов
Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Ткачев М.В., Ламонов М.С., Борисов А.П., Катюшин А.А. 145

Видеоассистированные реконструктивно-пластические операции у больных с диагнозом рак молочной железы
Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Ткачев М.В., Ламонов М.С., Борисов А.П., Катюшин А.А. 146

Радикальные резекции у больных с диагнозом рак молочной железы
Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Ткачев М.В., Ламонов М.С., Борисов А.П., Катюшин А.А. 146

Влияния гипербаческого кислорода в раннем послеоперационном периоде после радикальной мастэктомии у больных раком молочной железы
Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Ткачев М.В., Ламонов М.С., Борисов А.П., Катюшин А.А. 147

Непосредственные результаты реконструктивно-пластических операций у больных с диагнозом рак молочной железы с использованием различных методик
Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Ткачев М.В., Ламонов М.С., Борисов А.П., Катюшин А.А. 147

Сохранение соского-ареолярного комплекса у больных с диагнозом рак молочной железы
Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Ткачев М.В., Ламонов М.С., Борисов А.П., Катюшин А.А. 148

Планирования хирургического лечения у больных с гигантомастией с диагнозом рак молочной железы
Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Кочетков Р.И., Ткачев М.В., Ламонов М.С., Борисов А.П., Катюшин А.А. 148

Применение синтетических эксплантов для создания кармана эндопротеза при выполнении реконструкции молочной железы
Орлов А.Е., Воздвиженский М.О., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П. 149

О результатах деятельности онкологической службы Самарской области в период 2012–2016 годы
Орлов А.Е., Егорова А.Г. 149

Роль первичной профилактики в противораковой борьбе
Орлов А.Е., Золотарева Т.Г., Козлова О.А., Бакуцкая А.В. 150

Хирургическое лечение опухолей околоушной слюнной железы
Осокин С.В., Мусин Ш.И., Смольников А.А., Вахитов М.А., Дубровская А.В. 150

Сравнение эффективности использования лучевого и тонкокишечного свободных лоскутов для реконструкции дефектов гортаноглотки и шейного отдела пищевода
Остринская Т.В., Жуманкулов А.М., Анисимова А.В. 151

Непосредственные результаты неоадъювантной химиолучевой терапии рака прямой кишки
Отт П.А., Волкова Д.М., Заболотская Е.Г., Комиссаров А.В., Федяева Л.М., Щербаков В.М. 151

Ближайшие результаты хирургического лечения больных, страдающих раком билиопанкреатодуоденальной зоны
Павелец К.В., Орел В.И., Лобанов М.Ю., Флоровский Г.Н., Русанов Д.С., Федорова П.С., Костина Ю.Д., Павелец М.К., Калюжный С.А. 152

Возможности применения протокола fast-track в хирургическом лечении рака пищевода
Павелец К.В., Протченков М.А., Русанов Д.С., Павелец М.К., Соколова А.А., Дрозд У.А., Подгорная Ю.В., Медведев К.В. 152

Профилактика цервикального рака у женщин с пролапсом гениталий
Павлов В.Н., Ящук А.Г., Казихинуров А.А., Мусин И.И., Зайнуллина Р.М., Казихинурова А.А., Имельбаева А.Г. 153

Новые возможности для купирования хронического болевого синдрома у онкологических пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи на дому
Палехов А.В., Введенская Е.С. 153

Некоторые клинико-морфологические и молекулярно-биологические параметры при аденокарциноме легкого 1–2 стадии с мутацией ALK и амплификацией гена HER2/NEU
Панасьян А.У., Авдалян А.М., Иванов А.А. 154

Особенности метастазирования увеальной меланомы
Панова И.Е., Гюнтнер Е.И., Власова О.С. 154

Новое в лечении больных раком большого дуоденального сосочка
Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Кудашкин Н.Е., Мороз Е.А., Поликарпова С.Б., Проскуряков И.С., Ястребова Е.В. 155

Рак проксимальных желчных протоков – хирургическое и комбинированное лечение
Патютко Ю.И., Поляков А.Н., Сагайдак И.В., Котельников А.Г. 155

Хирургическое лечение внутрипеченочной холангиокарциномы – опыт ФГБУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина
Патютко Ю.И., Поляков А.Н., Котельников А.Г., Сагайдак И.В. 156

Положительный опыт лечения рефрактерного болевого синдрома у больной с опухолью основания черепа, симптоматической тотальной невралгией троиничного нерва с помощью медикаментозных блокад и нейролиза
Пашнина Е.А., Силаев М.А., Важенин А.В., Ворошин Д.Г. 156

Итоги работы «горячей линии» по вопросам противоболевой терапии в Алтайском крае, 2015–2016 гг.
Петрова В.Д., Павлишинец В.М., Матвейкин А.А., Секержинская Е.Л., Лазарев А.Ф. 157

Организация паллиативной медицинской помощи онкологическим больным в Республике Башкортостан
Петрова О.М., Кудряшова Л.Н., Хабибуллина З.А., Кудряшов А.А. 157

Низкодозная брахитерапия у больных группы умеренного риска прогрессирования рака предстательной железы
Петровский А.В., Черняев В.А., Автомонов Д.Е., Бухаркин Б.В., Шолохов В.Н., Амосова В.А. 158

Организационные и образовательные аспекты качественной терапии хронического болевого синдрома на примере Томской области
Пикалова Л.В., Кудряков Л.А., Загромова Т.А. 158

Ранняя диагностика злокачественных новообразований наружных локализаций жителей территорий с малой плотностью населения
Пикалова Л.В., Лазарев А.Ф., Кудряков Л.А. 159

Возможности стереотаксической лучевой терапии в лечение менингиом головного мозга
Пименова М.М., Важенин И.А., Мозерова Е.Я., Ложков А.А., Пелевина А.П., Чибук Д.В. 159

Злокачественные новообразования языка, хирургический метод лечения, выбор реконструктивного материала, золотое правило
Письменный В.И., Архипов В.Д., Байриков И.М., Письменный И.В. 160

Роль реабилитолога логопеда в структуре лечебного процесса при лечении рака полости рта и языка
Письменный В.И., Байриков И.М., Архипов В.Д., Кулакова Н.М., Письменный И.В. 160

Злокачественные опухоли полости рта хирургическое лечение, реабилитация, качество жизни
Письменный В.И., Кривощеков Е.П., Архипов В.Д., Письменный И.В., Чемидронов С.Н., Письменный Ил.В. 161

Кожный лоскут на передних мышцах шеи его возможности в реконструкции трахеи и пищевода
Письменный В.И., Пушкин С.Ю., Галкин Р.А., Белоконев В.И., Письменный Ил.В., Айрапетова М.П. 161

Динамика изменения уровня онкомаркёра СА 15.3 в процессе неоадъювантной химиотерапии у больных раком молочной железы
Плохов В.Н., Андреяшкина И.И., Вертянкин С.В., Конопацкова О.М. 162

Результаты хирургического лечения пациентов с «поздними» метастазами рака почки в поджелудочной железе
Подлужный Д.В., Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Проскуряков И.С., Ястребова Е.В. 162

Роль ксенонтерапии и плазмафереза в коррекции гормонального статуса после хирургической кастрации у больных раком шейки матки
Попова Н.Н., Шихлярова А.И., Франциянц Е.М., Моисеенко Т.И., Меньшенина А.П., Ушакова Н.Д. 163

Результаты лапароскопических операций в онкоабдоминальном отделении ЧОКОД
Привалов А.В., Файзрахманов А.Б., Антонов А.А., Семикопов К.В. 163

Редкая локализация ГКО у детей
Привалова Л.П., Исаев К.Р., Широков М.В., Богданова Л.М. 164

Эстетико-функциональная оценка результатов реконструктивной маммопластики
Пржедецкий Ю.В., Максимова Н.А., Борлаков А.В., Пржедецкая В.Ю. 164

Комплексная реабилитация женщин после радикальной абдоминальной трахелэктомии
Прокопьева Т.А., Напольских В.М., Горбунова Е.Е. 165

Организация высокотехнологичной мультимодальной онкологической помощи взрослому населению РФ
Пузанов П.В. 165

Иммуноадьювант из опухолевых белков – инновационный препарат для иммунотерапии рака
Пузанова О.П., Михайлова И.Н., Морозова Л.Ф., Бурова О.С., Ваньчкова Г.А., Рубцова М.А. 166

Клинико-морфологические характеристики химиорезистентного рака желудка
Пулатов Д.А., Ибрагимов Ж.М., Эгамбердиев Д.М. 166

Факторы риска у больных с патологией эндометрия
Пушкарёв В.А. 166

Опыт определения сторожевого лимфоузла при раке вульвы методом непрямой интраоперационной радиоизотопной лимфосцинтиграфии
Пушкарев В.А., Меньшиков К.В., Галлямов А.У., Уразин Р.Р., Фатихова А.А. 167

Скрининг рака эндометрия в группах риска
Пушкарёв В.А., Фаисханова Р.Р., Ганцева Е.А., Пушкарёв А.В., Уразин Р.Р., Меньшиков К.В., Фатихова А.А. 167

Диагностика и лечение опухолей матки из соединительной ткани
Пушкарёв В.А., Хуснутдинов Ш.М., Пушкарёв А.В. 168

Онкопластическая резекция молочной железы при локализации опухоли в верхне-внутреннем квадранте
Рассказова Е.А., Зикиряходжаев А.Д., Сарибекян Э.К. 168

Лечение тройного негативного подтипа рака молочной железы
Рассказова Е.А., Зикиряходжаев А.Д., Фролова М.А., Глазкова Е.В. 169

Микрохирургическая реконструкция тканей полости рта у онкологических больных функциональными аутотрансплантатами
Решетов И.В., Шевалгин А.А., Сукорцева Н.С. 169

Анализ обеспеченности детского населения Российской Федерации врачами-детскими онкологами как один из элементов оптимизации медицинской помощи
Рыков М.Ю., Байбарина Е.Н., Купеева И.А., Поляков В.Г. 170

Результаты внешнего аудита медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в субъектах Российской Федерации
Рыков М.Ю., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Поляков В.Г. 170

Эстрогеновые рецепторы β как возможная мишень тамоксифена
Рябинина О.М., Щербаков А.М., Шестакова Е.А, Вихлянцева Н.О., Коломийцев С.Д., Богуш Т.А. 171

Химиолучевая терапия на фоне радиочастотной гипертермии в комбинированном лечении глиобластом
Рябова А.И., Новиков В.А., Грибова О.В., Григорьев Е.Г., Васильев Р.В., Штин В.И. 171

Определение пороговых значений онкомаркеров СА-125 и НЕ-4, прогнозирующие риск рецидивирования эпителиального рака яичников
Савинова А.Р. 172

Стратифицирование риска рецидивирования рака яичников при помощи индекса индивидуального риска рецидивирования рака яичников (ИРРРЯ)
Савинова А.Р., Гатауллин И.Г., Панов А.В. 172

Многокомпонентное лечение местно-распространенного рака шейки матки в зависимости от варианта гистологической структуры опухоли под контролем ПЭТ-КТ
Саевец В.В., Важенин А.В., Чернова Л.Ф., Губайдуллина Т.Н., Кравченко Г.Р., Таратонов А.В., Курченкова О.В. 173

Непосредственные результаты лечения различных вариантов лечения лейомиосарком тела матки I стадии заболевания
Саевец В.В., Важенин А.В., Чернова Л.Ф., Губайдуллина Т.Н., Кравченко Г.Р., Курченкова О.В., Таратонов А.В.. 173

Хирургические аспекты в комбинированном лечении рецидивов рака грудного отдела пищевода
Сатыбалдиев Т.Д., Долженко К.И. 174

Оценка эффективности химиолучевой терапии больных раком пищевода
Сатыбалдиев Т.Д., Долженко К.И. 174

Использование лучевого лоскута для реконструкции послеоперационных дефектов верхней конечности при операциях по поводу сарком мягких тканей и опухолей кожи
Сафин И.Р., Рукавишников Д.В., Родионова А.Ю. 175

Особенности лечения рака среднего уха
Светицкий П.В. 175

Повозрастная структура злокачественных новообразований у детей Курской области
Светличная С.Н., Киселев И.Л., Куденцова Г.В., Долгин В.И. 176

Малоинвазивные хирургические вмешательства у детей и подростков с высокродифференцированным раком щитовидной железы
Семин Д.Ю., Ильин А.А., Пимонова И.С., Исаев П.А., Севрюков Ф.Е., Медведев В.С., Дербугов Д.Н., Полькин В.В., Васильков С.В. 176

Серологические маркеры вируса Эпштейна-Барр в диагностике рака носоглотки при невыявленном первичном очаге
Сенюта Н.Б., Игнатова А.В., Ломая М.В., Душенькина Т.Е., Смирнова К.В., Мудунов А.М., Гурцевич В.Э.. 177

Биологические эффекты и безопасность лизата тромбоцитов (ЛТ) человека в *in vitro* и *in vivo* тестах
Сергеева Н.С., Шанский Я.Д., Свиридова И.К., Кирсанова В.А., Ахмедова С.А. 177

Комплексная лучевая диагностика рака оперированного желудка в амбулаторных условиях
Серов О.В., Алтынова А.Ф., Амосова А.Ф., Рябова В.Ю., Хуснияров М.Х. 178

Возможности ОФЭКТ КТ скелета в диагностике костной патологии
Серов О.В., Яценко Т.Г., Хуснияров М.Х. 178

Прогнозирование эффективности химиотерапевтического лечения метастатического колоректального рака
Сеферов Б.Д., Филоненко Т.Г., Федотов В.В., Проняков В.И. 179

Малоинвазивные методики в лечении подслизистых новообразований пищевода и их комплексная гистологическая и имуногистохимичекая характеристика
Сигал Е.И., Бурмистров М.В., Сигал Р.Е., Сабиров А.Г.. 179

Эффективность вторичной профилактики в группе высокого онкологического риска – членов «раковой семьи»
Синкина Т.В., Петрова В.Д., Димитриади Ю.Н., Лазарев А.Ф. 180

Роботизированная фокусированная высокоинтенсивная ультразвуковая абляция (HIFU) рака простаты: 1250 пациентов 10 лет наблюдений
Соловов В.А., Фесенко Д.В., Воздвиженский М.О., Орлов А.Е., Матяш Я.С. 180

Метастазы сарком в легкие. Роль хирургии и лучевой терапии в комплексном лечении
Стародубцев А.Л., Курильчик А.А., Рагулин Ю.А., Мардынский Ю.С., Гуменецкая Ю.В., Зубарев А.Л., Усачев В.С., Кудрявцев Д.В., Иванов В.Е., Смоленов Е.И. 181

Влияние морфологических параметров опухоли на частоту лимфогенного метастазирования при раке прямой кишки
Степанов И.В., Алтыбаев С.Р., Рачковский К.В., Завьялова М.В., Вторушин С.В., Сорокин Д.А., Афанасьев С.Г. 181

Диагностика опухолей у новорожденных детей
Степанова Т.В., Трубникова Г.В., Юдина Н.Б.. 182

Сравнительная характеристика структуры опухолей головного мозга у детей. По данным регистра воронежской области
Степанова Т.В., Трубникова Г.В., Соловьева М.А., Белянская М.В., Рябова Е.А., Юдина Н.Б.. 182

Активность ломустина при трансплантированном интракраниально HER2-положительном раке молочной железы у трансгенных мышей FBV/N
Стуков А.Н., Семиглазова Т.Ю., Филатова Л.В., Латипова Д.Х., Вершинина С.Ф., Иванцов А.О., Беспалов В.Г., Беляева О.А., Киреева Г.С., Майдин М.А., Семёнов А.Л., Тындык М.Л., Чубенко В.А., Абдулоева Н.Х., Панченко А.В., Анисимов В.Н.. 183

Характеристики метаболической активности различных гистологических типов лимфомы ходжкина
Субботин А.С., Афанасьева Н.Г., Важенина Д.А., Калантаев Д.Б., Зотова А.С., Чиркова М.С. 183

Пропаганда здорового стиля жизни как профилактика злокачественных новообразований
Суворов В.В., Игитов В.И. 184

Оптимизация комбинированного лечения и реконструкции у больных плоскоклеточным раком полости рта и глотки
Сукорцева Н.С., Решетов И.В., Варламова С.Е. 184

Опыт применения фторпиримидинов в химиолучевой терапии плоскоклеточного рака гортаноглотки
Султанбаев А.В., Сакаева Д.Д., Назифулин А.И., Попова Е.В., Султанбаева Н.И. 185

Опыт применения тегафура в химиолучевой терапии рака шейки матки
Султанбаев А.В., Сакаева Д.Д., Султанбаева Н.И., Уразина А.Н.. 185

Опыт применения фторафура и капецитабина в лечении диссеминированных форм рака молочной железы
Султанбаев А.В., Сакаева Д.Д., Шангина Е.Э., Халикова Л.В., Нагаева К.Н., Султанбаева Н.И. 186

Высокие технологии в диагностике и лечении раннего рака
Суперфин Д.Д.Э., Камалетдинова Ю.Ю., Бочкова Т.В., Грачев Г.В., Смакова А.А., Нагаев Н.Р., Ахмедов Р.Э. 186

Морфологические особенности нейроэндокринных новообразований женских половых органов
Тагибова Т.Ш., Никогосян С.О., Кузнецов В.В., Анурова О.А., Кузнецов В.В. 187

Влияние применения HIPEC на качество жизни у пациенток после неполной циторедукции
Таратонов А.В., Привалов А.В., Важенин А.В., Чернова Л.Ф., Губайдуллина Т.Н., Кравченко Г.Р., Саевец В.В. 187

Предоперационная эмболизация гиперваскулярных опухолей позвоночника, с использованием различных эмболизирующих агентов, для снижения интраоперационной кровопотери
Тарханов А.А., Шахбазян Р.Т., Дружин С.А., Горных К.А., Миронова Ю.А., Дубских А.О. 187

Патоморфологические предпосылки развития полипов толстой кишки при дивертикулярной болезни
Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Воронова О.В., Грива Р.А., Сухая Ю.В., Ковалев Б.В. 188

Осложнения после Высокоинтенсивной фокусированной ультразвуковой (HIFU) абляции при лечении рака предстательной железы опыт клиники урологии ГБУЗ СО «СОКБ №1»
Тевс Д.В., Узбеков О.К., Коваленко Р.Ю., Баженов И.В. 188

Аспекты взаимовлияния рака молочной железы, программ подготовки к ЭКО и трудности диагностики рака молочной железы у беременных пациенток
Терешин О.С., Надвикова А.Д., Удовиченко И.В. 189

Применение микроинъекционной аутотрансплантации жировой ткани для лечения постлучевых повреждений прямой кишки
Терюшкова Ж.И., Васильев В.С., Важенин А.В., Васильев С.А., Димов Г.П., Маркина Т.Н., Хоружева Е.С. 189

Результаты лечения острых нелимфобластных лейкозов у детей по программе AML-BFM-2004 в Морозовской ДГКБ г. Москва (2005–2015 годы)
Тиганова О.А., Кондратчик К.Л., Муторова О.Ю., Фукс О.Ю., Махортых Т.Ж., Бронин Г.О., Томилин И.Я., Непокульчицкая Н.В., Шершакова Е.А., Сапелкина Т.С., Ковалева О.Л., Алакаева И.Б., Мальцева М.А., Маркова А.А., Лаврухин Д.Б., Ильенко Л.И. 190

Снижение смертности от рака молочной железы в Удмуртской республике – реальная цель
Тимофеева А.А., Батов С.В., Чигвинцев И.В. 190

Уровень CpG-метилирования промоторов шести онко-супрессоров в образцах аденокарциномы желудка
Тимошкина Н.Н., Водолажский Д.И., Маслов А.А., Колесников Е.Н., Татимов М.З. 191

Эффективность трепан-биопсий под контролем ультразвука в диагностике первичных и вторичных опухолей кожи, мышц, костей скелета
Тихая К.А., Репянская И.А., Семенова А.Б., Семенов В.А. 191

Психическое состояние больных раком предстательной железы после лучевой терапии
Ткаченко Г.А., Гладилина И.А., Степанова А.М., Иванова А.В., Мерзлякова А.М., Петровский А.В. 192

Одна из причин несвоевременной диагностики злокачественных новообразований
Толстокоров А.С., Попова Т.Н., Осинцев Е.Ю., Курочкина Е.Н. 192

Особенности компрессионной эластографии при метастатическом поражении яичников
Торосян И.В., Чекалова М.А. 192

Состояние минеральной плотности костной ткани у больных раком молочной железы в пременопаузе
Третьякова Н.Ю. 193

Эффективность адъювантного лечения немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря
Трубин А.Ю., Низамова Р.С., Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Фольц А.В., Боряев А.Н. 193

Флюоресцентная диагностика немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря с использованием гексилового эфира 5-АЛК
Трушин А.А., Филоненко Е.В., Урлова А.Н. 194

Метод фотодинамической терапии как альтернативный вариант лечения ВПЧ-ассоциированного предрака и начального рака шейки матки
Трушина О.И., Новикова Е.Г. 194

Сравнительный анализ низкомолекулярного гепарина (НМГ) и нефракцированного гепарина (НФГ) в послеоперационной профилактике тромбоэмболических осложнений у больных со злокачественными опухолями женской репродуктивной системы
Турдалиев Б.Р., Бейшембаев А.М., Жекшенбек кызы Тамара, Абыкеева Э.Ч. 195

Нутритивная поддержка при хирургическом лечении плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта
Удинцов Д.Б. 195

Экстренная торакоабдоминальная хирургия в практике детского онкогематологического стационара
Ускова Н.Г., Талыпов С.Р., Оганесян Р.С., Андреев Е.С., Меркулов Н.Н., Иванова Н.Н., Циленко К.С., Сухов М.Н., Грачев Н.С. 196

Количественный анализ ИКД в оценке степени лучевого патоморфоза при раке прямой кишки
Усова А.В., Фролова И.Г., Афанасьев С.Г., Тарасова А.С., Фесик Е.А., Перельмутер В.М. 196

Оценка эффективности анестезиологического обеспечения ксеноном и дексмедетомидином при хирургическом лечении рака желудка
Фальтин В.В., Авдеев С.В., Афанасьев С.Г. 197

Количественная оценка инфильтративных процессов на основе экспериментальной физической модели при компьютерной томографии легких
Федосеев М.А., Коновалов В.К., Колмогоров В.Г., Борисенко О.В. 197

Выбор метода превентивного стомирования после формирования колоректального анастомоза при передних резекциях прямой кишки
Феоктистов Д.В., Аюпов Р.Т., Сулейманов Н.М., Акмалов Ю.М., Тарасов Н.А., Гарипов М.Р., Аглиуллин Р.Р., Зайнуллин Ф.Ш., Чебаева Л.П. 198

Возможности ультразвуковой диагностики при гемангиомах печени у детей
Феоктистова Е.В., Амосова А.А., Тарасов М.А., Петрушин А.В., Моисеенко Р.А. 198

Результаты генетического тестирования пациенток с первично-множественными злокачественными новообразованиями женской репродуктивной системы
Филиппова М.Г., Данишевич А.М., Семьянихина А.В., Любченко Л.Н. 199

Совершенствование онкологической помощи населению Республики Татарстан путем выявления рисков и управления ими
Хайруллин И.И., Габитова С.Е. 199

Оптимальные сроки выполнения реконструктивно-восстановительного этапа после операций типа Гартмана у пациентов с осложненными формами колоректального рака
Халиков М.М., Гатауллин И.Г., Тойчуев З.М. 200

Оценка курации пациенток с раком шейки матки по динамике концентрации уровня онкомаркёра SCC
Хамадеева Г.Ф., Усманова Г.А., Байкеев Р.Ф. 200

Особенности лечения больных раком желудка, имеющих конкурирующую сердечно-сосудистую патологию
Ханевич М.Д., Карасева Н.А., Юрьев Е.Ю., Гипарович М.А. 201

Подходы к лечению метастазов колоректального рака печени
Ханевич М.Д., Манихас Г.М., Диникин М.С., Зорина Е.Ю., Хлобыстина А.Г. 201

Эндоваскулярные вмешательства и криовоздействие в хирургическом лечении сарком мягких тканей конечностей
Ханевич М.Д., Манихас Г.М., Куканов М.А., Хазов А.В. 201

Определение неблагоприятных факторов прогноза рака молочной железы первой стадии
Хузина Д.Р., Исмагилов А.Х. 202

Опыт применения эластографии в условиях специализированной онкологической медицинской организации
Хуснияров М.Х., Серов О.В., Целебровская О.Н., Яценко Т.Г. 202

Возможности эндовидеохирургии в лечении cT4b опухолей прямой и ободочной кишки
Черниковский И.Л., Алиев И.И., Смирнов А.А., Саванович Н.В., Гаврилюков А.В. 203

Является ли старческий возраст и коморбидный статус противопоказанием для лапароскопических колоректальных резекций?
Черниковский И.Л., Гельфонд В.М., Загрядских А.С., Савчук С.А., Гаврилюков А.В., Моисеенко В.М. 203

Сравнительная характеристика сфинктеросохраняющих лапароскопических низких резекций прямой кишки
Черниковский И.Л., Смирнов А.А., Комяк К.Н., Саванович Н.В., Гаврилюков А.В., Моисеенко В.М. 204

Молекулярные маркеры в диагностике, лечении и прогнозе рака желудка
Черноусов А.Ф., Решетов И.В., Немцова М.В., Хоробрых Т.В., Быков И.И., Романенко Е.В. 204

Опухоли околощитовидной железы в практике онколога
Чернышев В.А., Хамидуллин Р.Г., Рудык А.Н., Бусыгин М.А. 205

Применение эндоваскулярных методов в лечении больных местно-распространенными опухолями головы и шеи
Черняк М.Н., Ульянова Ю.В., Волкова В.Л., Аединова И.В., Чертова Н.А., Баужадзе М.В. 205

Оценка нутритивного статуса и поддержка питания при раке пищевода
Чижиков А.В., Степанов В.В., Татауров И.А. 206

Особенности верхнедолевых лобэктомий с пластикой бронха и артерии при новообразованиях легких
Чижиков В.Ф., Бадыков Р.Р., Камалетдинова Ю.Ю., Абдуллин З.С. 206

ПЭТ/КТ исследование в диагностике злокачественных новообразований пищевода
Чиркова М.С., Афанасьева Н.Г., Важенина Д.А., Субботин А.С., Калантаев Д.Б. 207

Анализ причин позднего поступления детей со злокачественными новообразованиями в Краснодарском крае за 3 года
Чулков О.Э. 207

Гиперпластические состояния эндометрия и функциональная активность теломеразы
Чумак З.В., Зелинский А.А., Шаповал Н.В. 208

Особенности рецидивирования вирус-ассоциированного местно-распространенного рака шейки матки (МРРШМ)
Чуруксаева О.Н., Коломиец Л.А., Ибрагимова М.К. 208

Информатизация маршрутизации пациентов со злокачественными новообразованиями в Свердловской области
Шаманский В.Б., Петкау В.В., Шабунина Л.А. 209

Система глутатиона может отражать агрессивность рака желудка
Шалашная Е.В., Горошинская И.А., Сурикова Е.И., Медведева Д.Е., Качесова П.С., Немашкалова Л.А., Нескубина И.В., Маслов А.А., Кит О.И. 209

Нужен ли буст при органосохраняющем лечении рака молочной железы после радикальных секторальных резекций
Шарабура Т.М., Важенин А.В., Терешин О.С., Сыролева К.Н., Буракова Ж.Е. 210

Результаты сочетанной лучевой терапии с трансанальной брахитерапией рака анального канала
Шарабура Т.М., Максимовская А.Ю., Ложков А.А., Давыдова О.Н., Пименова М.М., Сыролева К.Н., Мозерова Е.Я. 210

Показатели внутриклеточных протеолитических систем, ассоциированные с прогрессированием люминального рака молочной железы
Шашова Е.Е., Дорошенко А.В., Бондарь Л.Н., Слонимская Е.М., Кондакова И.В. 211

Прогностическое значение фенотипа CYP2D6 в развитии резистентности к адъювантной гормонотерапии рака молочной железы тамоксифеном
Шендрикова Т.А., Любченко Л.Н., Филиппова М.Г., Портной С.М. 211

Ротационная тромбоэластометрия в диагностике нарушений свертывающей системы крови у пациентов со злокачественными новообразованиями печени
Шишло Л.М. 212

Сочетания основных локализаций первично-множественных метахронных опухолей после химиотерапии первой опухоли
Шунько Е.Л., Важенин А.В., Шаназаров Н.А. 212

Сочетания основных локализаций первично-множественных метахронных опухолей после лучевой терапии первой опухоли
Шунько Е.Л., Важенин А.В., Шаназаров Н.А. 213

Осложнения раннего послеоперационного периода после планового хирургического лечения рака ободочной кишки
Щерба С.Н., Половинкин В.В., Савченко Ю.П. 213

Акадезин усиливает действие цисплатина на клетки рака молочной железы в условиях гипоксии
Щербаков А.М., Вавилов Н.Э., Андреева О.Е., Тяглов Б.В., Миронов А.С., Шакулов Р.С., Лобанов К.В., Яроцкий С.В., Штиль А.А. 214

Эндоскопическая реканализации пищевода как метод паллиативного лечения пациентов онкологического профиля
Юсупов И.М., Важенин А.В., Кулаев К.И., Зуйков К.С. 214

Опыт использования атомно-силовой микроскопии при исследовании опухолевых клеток молочных желез
Яковлева Е.Н., Севастьянов В.В., Романычева Е.А., Ушакова О.Л. 214



ОПДИВО®
(ниволумаб)

Ожидая многого, достигай большего

ОПДИВО — первый PD-1 ингибитор [1,*]

- Зарегистрирован в России для терапии: [1,**]
  - немелкоклеточного рака лёгкого
  - почечно-клеточного рака
  - меланомы
- Значительное увеличение выживаемости при трёх видах опухолей [2-6,†]

Краткая информация о препарате ОПДИВО® [***]

ОПДИВО® Рег. номер: ЛП-004026. **Торговое наименование:** ОПДИВО®. **МНН:** ниволумаб. **Лекарственная форма:** концентрат для приготовления раствора для инфузий. **Состав:** 1 флакон с концентратом для приготовления раствора для инфузий содержит: ниволумаб 47,0 мг или 107,0 мг. **Механизм действия:** ниволумаб — человеческое моноклональное антитело, блокирует взаимодействие между рецептором программируемой смерти (PD-1) и его лигандами (PD-L1 и PD-L2). **Показания:** в качестве монотерапии неоперабельной или метастатической меланомы; в качестве монотерапии местнораспространённого или метастатического немелкоклеточного рака лёгкого (НМРЛ) после предшествующей химиотерапии; в качестве монотерапии распространённого почечно-клеточного рака (ПКР) после предшествующей системной терапии. **Противопоказания:** гиперчувствительность к любому компоненту препарата; возраст до 18 лет; беременность и период грудного вскармливания. **С осторожностью:** тяжёлые аутоиммунные заболевания; нарушение функции печени и почек. **Способ применения и режим дозирования:** 3 мг/кг массы тела в виде 60-минутной в/в инфузии с введением каждые 2 недели. **Побочные действия:** чаще всего отмечались иммуно-опосредованные побочные реакции. **Особые указания:** исследований у беременных женщин не проводилось. Препарат может вызывать тяжёлые, в том числе с летальным исходом, побочные реакции, вызванные влиянием на иммунную систему и обусловленные специфическим механизмом его действия (см. Инструкцию). **Форма выпуска:** концентрат для приготовления раствора для инфузий 10 мг/мл. По 10 мл или 4 мл во флакон. **Срок годности:** 2 года. **Владелец РУ:** Бристол-Майерс Сквибб Компани, США.

Информацию о нежелательных явлениях следует сообщать в компанию Бристол-Майерс Сквибб по тел.: +7 495 755 92 67, +7 800 555 00 23, факс +7 495 755 92 67, safety_russia@bms.com

* Зарегистрированный в мире.
** Зарегистрирован для монотерапии неоперабельной или метастатической меланомы у взрослых, местнораспространённого или метастатического немелкоклеточного рака лёгкого (НМРЛ) у взрослых после предшествующей химиотерапии, распространённого почечно-клеточного рака (ПКР) у взрослых после предшествующей системной терапии.
*** Подробная информация изложена в Инструкции по применению лекарственного препарата.
† По сравнению со стандартной химиотерапией или эверолимусом.

1. Инструкция по применению препарата Опдиво®. 2. Brahmer J. et al. N Engl J Med 2015;373(2):123-35. 3. Borghaei H. et al. N Engl J Med 2015;373(17):1627-39. 4. Motzer RJ. et al. N Engl J Med 2015;373:1803-1813. 5. Robert C. et al. N Engl J Med 2015;372(4):320-30. 6. Weber JS. et al. Lancet Oncol 2015;16:375-84.

1506RU1700309

На правах рекламы

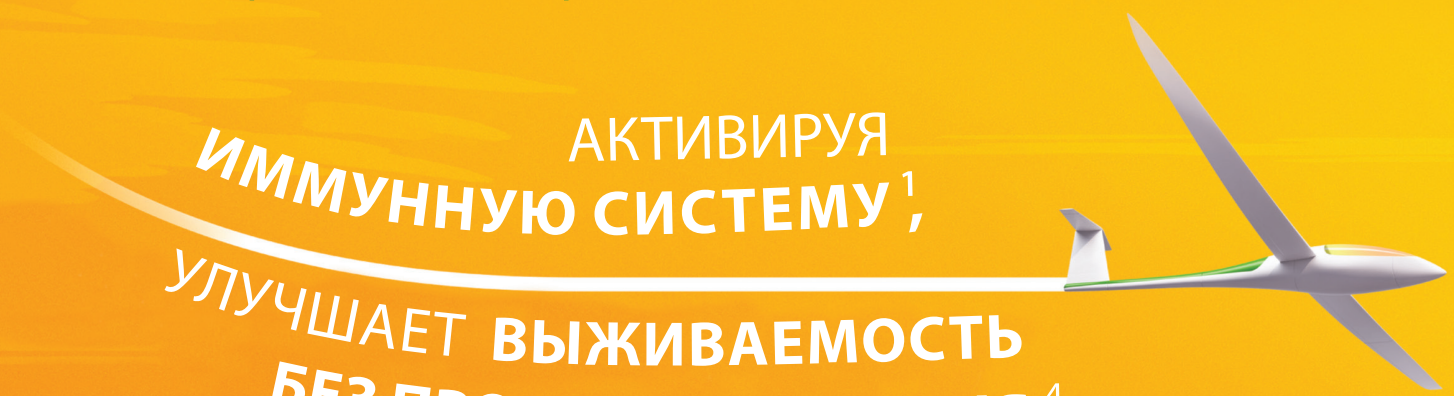
Bristol-Myers Squibb

ООО «Бристол-Майерс Сквибб»
105064 Россия, Москва, ул. Земляной Вал, 9
Тел.+7 495 755 92 67
www.b-ms.ru

ОПДИВО® (ниволумаб)

Эмплисити®
(элотузумаб)

Первое и единственное иммуностимулирующее антитело, одобренное для терапии множественной миеломы [1, 2, 3]



АКТИВИРУЯ **ИММУННУЮ СИСТЕМУ** [1],
УЛУЧШАЕТ **ВЫЖИВАЕМОСТЬ БЕЗ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ** [4]

Комбинация ЭМПЛИСИТИ ® + Rd показана для лечения пациентов с множественной миеломой, получивших одну или несколько линий терапии [1]

ЭМПЛИСИТИ ® напрямую активирует клетки натуральных киллеров [1]

ЭМПЛИСИТИ ® обеспечивает стабильное преимущество в ВБП по сравнению с Rd [4]

Комбинация ЭМПЛИСИТИ ® + Rd по профилю безопасности сопоставима с Rd [4]

[1] Инструкция по медицинскому применению препарата Эмплисити ®
[2] Katja Weisel et all. OncoTargets and Therapy 2016:9 6037–6048
[3] Государственный реестр лекарственных средств, 2017, www.grls.rosminzdrav.ru
[4] Lonial S et al. Poster presentation at ASCO 2016. Abstract 8037.
Rd – Леналидомид + дексаметазон
ВБП – Выживаемость без прогрессирования

Bristol-Myers Squibb

Настоящий материал предназначен для использования на медицинских и фармацевтических выставках и конференциях

Реклама. 689RU17PR01319 Apr 2017

Кадсила®
дает дополнительный год жизни

пациенткам с метастазами в головной мозг при HER2+ раке молочной железы* по сравнению со стандартной таргетной терапией[1,2]



ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ[3]:

В виде монотерапии при метастатическом или местно-распространённом неоперабельном раке молочной железы с опухолевой гиперэкспрессией HER2 после предшествующей терапии трастузумабом и препаратом из группы таксанов (последовательно или в комбинации):

- у пациентов, получавших лечение по поводу местно-распространённого или метастатического заболевания
  или
- после прогрессирования заболевания в ходе адъювантной терапии или в течение 6 месяцев с момента её завершения

Показания. Препарат Кадсила® применяется в виде монотерапии после предшествующей химиотерапии, включавшей трастузумаб и препараты из группы таксанов (последовательно или в комбинации), или после прогрессирования заболевания во время или в течение 6 месяцев после завершения адъювантной терапии, включавшей трастузумаб и препараты из группы таксанов (последовательно или в комбинации), у пациенток с неоперабельным местно-распространённым или метастатическим HER2-положительным раком молочной железы. **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к трастузумабу эмтанзину и к другим компонентам препарата. Инфузионные реакции, связанные с применением трастузумаба, приведшие к отмене терапии. Беременность и период грудного вскармливания. Возраст до 18 лет (эффективность и безопасность применения у детей не установлены). Диффузная интерстициальная болезнь легких, пневмонит. Узловая регенеративная гиперплазия печени. Симптоматическая застойная сердечная недостаточность. Почечная недостаточность тяжелой и терминальной степени (клиренс креатинина <30 мл/мин), тяжелое нарушение функции печени (класс С по шкале Чайлд-Пью), повышение активности печеночных аминотрансфераз >3 верхней границы нормы (ВГН) или концентрация общего билирубина >2 ВГН (эффективность и безопасность применения не установлены). Значение фракции выброса левого желудочка сердца <50% перед началом лечения. Хроническая сердечная недостаточность в анамнезе. Одышка в покое, вызванная прогрессированием злокачественного заболевания или сопутствующей патологией. Серьезные нарушения сердечного ритма, требующие лекарственной терапии. Инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия, которые развились в течение 6 месяцев перед началом лечения. Количество тромбоцитов <100 000/мм³ перед началом лечения. Периферическая нейропатия ≥3 степени тяжести перед началом лечения (эффективность и безопасность применения не установлены). **С осторожностью.** Нарушение функции печени легкой и умеренной степени тяжести (см. подраздел «Нарушение функции печени» раздела «Фармакологические свойства», раздел «Способ применения и дозы», раздел «Особые указания»). Дисфункция левого желудочка (см. раздел «Особые указания», подраздел «Дисфункция левого желудочка»). **Побочное действие.** Наиболее частыми серьезными нежелательными явлениями (НЯ) являются повышение температуры тела, тромбоцитопения, рвота, боли в животе, тошнота, запор, диарея, одышка и пневмонит. НЯ с частотой ≥25%: кровотечения (в том числе носовое кровотечение), повышение активности печеночных аминотрансфераз, повышенная утомляемость, костно-мышечная боль, головная боль. НЯ 3 и 4 степеней тяжести с частотой >2%: тромбоцитопения, повышенная утомляемость, повышение активности печеночных аминотрансфераз, анемия, гипокалиемия, костно-мышечные боли и нейтропения. НЯ с частотой ≥10%: нарушения со стороны системы крови и лимфатической системы: тромбоцитопения, анемия; нарушения обмена веществ и питания: гипокалиемия; нарушения психики: бессонница; нарушения со стороны нервной системы: периферическая нейропатия, головная боль, головокружение; нарушения со стороны сосудов: кровотечения; нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: носовое кровотечение, кашель, одышка; нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: стоматит, диарея, рвота, тошнота, запор, сухость во рту, боль в животе; нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: сыпь; нарушения со стороны скелетно-мышечной и соединительной ткани: костно-мышечная боль, артралгия, миалгия; нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей: инфекции мочевыводящих путей; общие расстройства и нарушения в месте введения: повышенная утомляемость, повышение температуры тела, астения, озноб; лабораторные и инструментальные данные: повышение активности печеночных аминотрансфераз. **Дополнительная информация.** Женщины, обладающие репродуктивным потенциалом, пациенты мужского пола, а также женщины детородного возраста, являющиеся половыми партнерами пациентов, получающих препарат Кадсила®, должны использовать эффективные методы контрацепции в период лечения препаратом Кадсила® и в течение 7 месяцев после введения последней дозы. В случае наступления беременности пациентка должна немедленно обратиться к врачу. Необходимо предупредить женщину о возможности вредного воздействия на плод. Если беременная решит продолжить терапию препаратом Кадсила®, то она должна находиться под тщательным наблюдением врачей. Неизвестно, проникает ли трастузумаб эмтанзин в грудное молоко. Грудное вскармливание не рекомендуется во время лечения и как минимум в течение 7 месяцев после окончания терапии препаратом Кадсила®. В случае наступления беременности во время лечения препаратом Кадсила® или в течение 7 месяцев после последней дозы препарата просим немедленно сообщить об этом в группу безопасности лекарственных средств Рош по телефону +7 495 229 29 99, через сайт www.roche.ru или по электронной почте moscow.ds@roche.com. **Полная информация о препарате представлена в инструкции по медицинскому применению ЛП-002692.**

RU/KAD/1610/0001

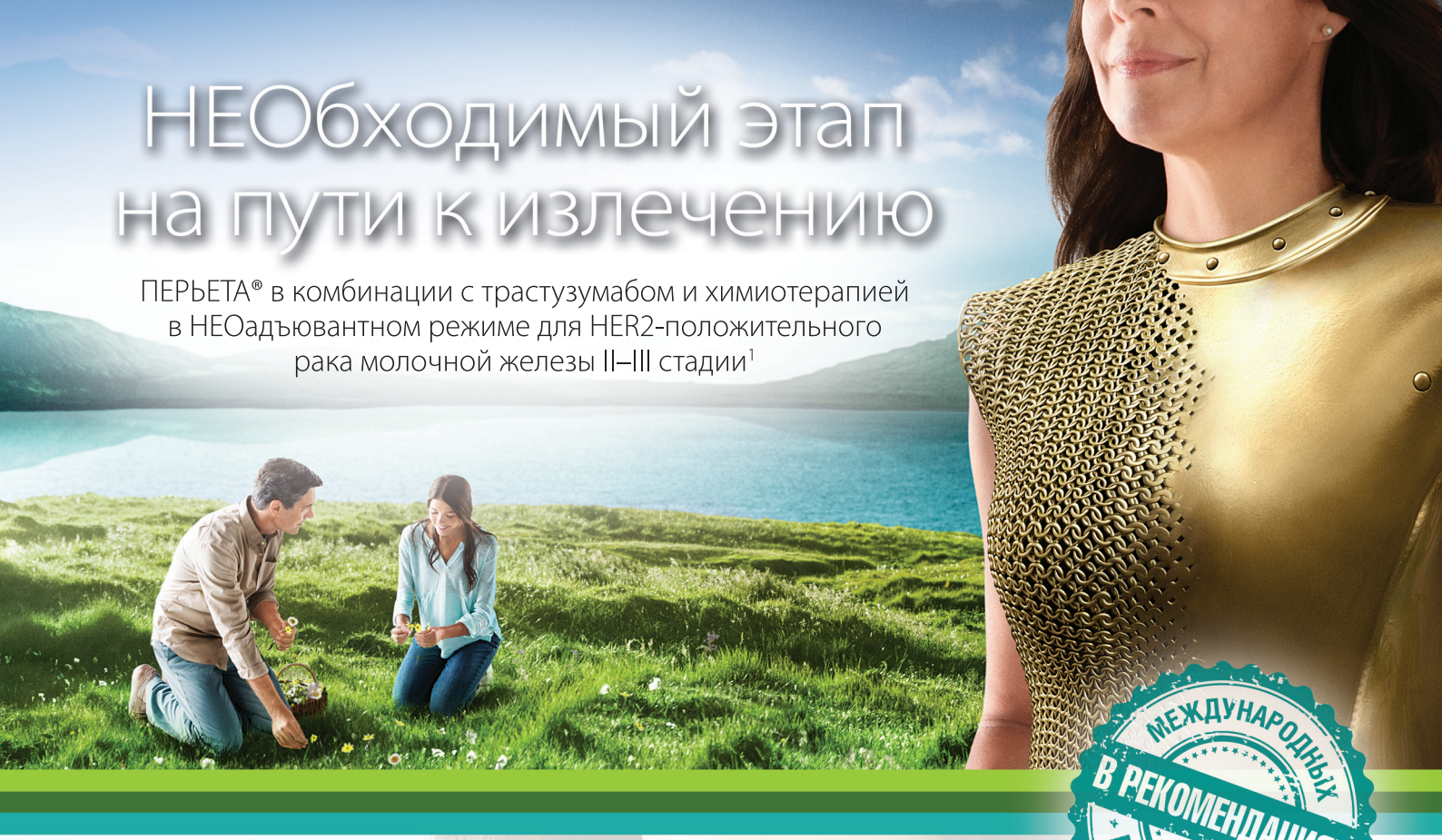
*В исследование EMILIA включались пациенты, предлеченные трастузумабом и таксанами, с бессимптомными метастазами в ГМ, лучевая терапия по поводу которых была завершена не менее чем за 14 дней до включения

1. Krop I, Lin N, Blackwell K, et al. «Trastuzumab emtansine (T-DM1) versus lapatinib plus capecitabine in patients with HER2-positive metastatic breast cancer and central nervous system metastases: a retrospective, exploratory analysis in EMILIA†» Ann Oncol 2015; 26:113-9.
2. Т.Ю. Семиглазова, В.Б. Карахан, Е.С. Половников, Д.Р. Насхлеташвили, Д.М. Белов "Клинические рекомендации РООМ по лечению метастазов РМЖ в головной мозг", 2015.
3. Инструкция по медицинскому применению препарата Кадсила ЛП-002692.

Кадсила®
трастузумаб эмтанзин

ЗАО «Рош-Москва»
Официальный дистрибьютор
«Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд.» (Швейцария)
Россия, 107031 г. Москва
Трубная площадь, дом 2
МФК «Галерея Неглинная»
Тел.: +7 (495) 229-29-99
Факс: +7 (495) 229-79-99
www.roche.ru

Roche



НЕОбходимый этап на пути к излечению

ПЕРЬЕТА® в комбинации с трастузумабом и химиотерапией в НЕОадъювантном режиме для HER2-положительного рака молочной железы II–III стадии[1]



ПЕРЬЕТА® в комбинации с трастузумабом и химиотерапией позволяет:

- добиться **значительного уменьшения или исчезновения опухоли** у 9 из 10 пациенток[2]
- достичь **5-летней безрецидивной выживаемости** у 8 из 10 пациенток[4]
- получить **наилучшие клинико-экономические результаты** и снизить расходы на лечение метастатического РМЖ[3]

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Перьета® РУ ЛП-002034; **2.** Schneeweiss A, et al. Ann Oncol 2013; 24:2278–2284; **3.** В.И. Игнатьева, Г.Р. Хачатрян. Фармакоэкономический анализ двойной таргетной неоадъювантной терапии у пациенток с HER2 позитивным раком молочной железы «Медицинские технологии. Оценка и выбор» №1 (23) 2016 г., с. 41-52; **4.** Gianni L. et al. J Clin Oncol 2015, 33 (suppl; abstr 505), oral presentation ASCO 2015; **5.** Практические рекомендации по лекарственному лечению злокачественных опухолей (RUSSCO) Злокачественные опухоли 2016; 4(спецвыпуск 2): 104; Клинические рекомендации РООМ по неоадъювантной и адъювантной терапии РМЖ, 2016; NCCN clinical practice guidelines in oncology: Breast cancer. V1. 2016; AGO Guidelines Diagnosis and Treatment of Patients with Primary and mBC, ver. 2015.1; Senkus E, et al. Ann Oncol 2015; 26 (suppl.5): v8–v30; Coates A.S. et al. Ann Oncol 2015; 26:1533–46

Показания к применению. Метастатический рак молочной железы: в комбинации с трастузумабом и доцетакселом при метастатическом или местно-рецидивирующем, неоперабельном раке молочной железы с опухолевой гиперэкспрессией HER2 при отсутствии ранее проводимой HER2 специфичной терапии или химиотерапии по поводу метастатического заболевания. Неоадъювантная терапия рака молочной железы: в комбинации с трастузумабом и химиотерапией при местно-распространенном, отечно-инфильтративном или раннем раке молочной железы (диаметр опухоли более 2 см или с поражением лимфоузлов) с гиперэкспрессией HER2 в составе схемы лечения раннего рака молочной железы. **Противопоказания:** гиперчувствительность к пертузумабу и к другим компонентам препарата; беременность и период грудного вскармливания; детский возраст до 18 лет (эффективность и безопасность применения не установлены); значения фракции выброса левого желудочка сердца (ФВЛЖ) до лечения <50%; застойная сердечная недостаточность в анамнезе; неконтролируемая артериальная гипертензия; недавно перенесенный инфаркт миокарда; серьезные нарушения сердечного ритма, требующие лекарственной терапии на момент назначения препарата Перьета®, за исключением фибрилляции предсердий и пароксизмальной наджелудочковой тахикардии; предшествующее лечение антрациклинами с кумулятивной дозой доксорубицина или эквивалентного препарата >360 мг/м²; нарушения функции печени (эффективность и безопасность применения не изучались). **С осторожностью:** Снижение ФВЛЖ до уровня <50% на фоне предшествующей адъювантной терапии трастузумабом; предшествующее лечение антрациклинами или предшествующая лучевая терапия на область грудной клетки; состояния, которые способны нарушать функцию левого желудочка; при нарушениях функции почек. **Побочное действие:** При применении в комбинации с различными противоопухолевыми препаратами профиль безопасности препарата Перьета® остается неизменным, однако частоты и типы наиболее частых нежелательных реакций отличаются от таковых при монотерапии препаратом Перьета®. Поскольку препарат Перьета® использовался в комбинации с трастузумабом и химиотерапевтическими препаратами, проблематично точно установить причинно-следственную взаимосвязь между нежелательным явлением и конкретным препаратом. Нежелательные реакции с частотой ≥1/10 со стороны: крови и лимфатической системы – нейтропения, анемия, лейкопения, фебрильная нейтропения (в т.ч. с летальным исходом); иммунной системы – гиперчувствительность/анафилактические реакции, инфузионные реакции/синдром высвобождения цитокинов; обмена веществ и питания – снижение аппетита; психики – бессонница; нервной системы – периферическая нейропатия, головная боль, дисгевзия; дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения – кашель; желудочно-кишечного тракта – диарея, тошнота, рвота, запор, стоматит, диспепсия; кожи и подкожных тканей – алопеция, сыпь, патология ногтей; скелетно-мышечной и соединительной ткани – миалгия, артралгия; общие расстройства и нарушения в месте введения – повышенная утомляемость, астения, периферические отеки, воспаление слизистых оболочек различной локализации, боль, повышение температуры тела, боль (боль в животе, боль в конечностях, боль в спине, боль в груди, боль вверху живота, костная боль, костно-мышечная боль), присоединение вторичных инфекций (инфекции верхних дыхательных путей, назофарингит). Полный перечень нежелательных реакций представлены в полной инструкции по медицинскому применению. **Дополнительная информация:** Женщины, обладающие репродуктивным потенциалом, и женщины детородного возраста, являющиеся половыми партнерами пациентов, получающих препарат, на фоне применения препарата Перьета® и в течение 6 месяцев после введения последней дозы, должны использовать эффективные методы контрацепции. В доклинических исследованиях препарата Перьета® у яванских макак в период органогенеза были выявлены задержка развития почек, маловодие и гибель плода. Влияние препарата Перьета® на фертильность не изучалось. Результаты экспериментов на животных не выявили признаков нарушения фертильности. В случае наступления беременности необходимо сообщить об этом сотрудникам группы безопасности представительства компании Ф. Хоффманн-ля Рош Лтд., Швейцария по электронному адресу Moscow.ds@roche.com или по тел. +7 495 229 29 99. **Полная информация о препарате представлена в инструкции по медицинскому применению, РУ ЛП-002034.**

RU/PERJ/1704/0045

ПЕРЬЕТА®
пертузумаб

ЗАО «Рош-Москва»
Официальный дистрибьютор
«Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд.» (Швейцария)
Россия, 107031 г. Москва
Трубная площадь, дом 2
МФК «Галерея Неглинная»
Тел.: +7 (495) 229-29-99
Факс: +7 (495) 229-79-99
www.roche.ru

Roche

Гертикад®

трастузумаб



Необходимое доступно

198515, Санкт-Петербург, п. Стрельна, ул. Связи, д. 34, А
Телефон: +7 (812) 380-49-33
biocad@biocad.ru
www.biocad.ru

BIOCAD
Biotechnology Company



Достоинства

ПОЗИЦИИ

- Эффективное противоопухолевое действие
- Доцетаксел рекомендован[1] для химиотерапии наиболее распространенных[2] злокачественных новообразований[3]
- Удобная лекарственная форма — без промежуточного разведения

veropharm

Таутакс®

Доцетаксел



Форма выпуска:
концентрат для приготовления раствора для инфузий 20 мг/мл

Флаконы:
20 мг/1 мл
40 мг/2 мл
80 мг/4 мл
110 мг/5,5 мл
120 мг/6 мл
150 мг/7,5 мл
160 мг/8 мл

Ознакомиться с инструкцией по применению вы можете на сайте:
https://products.veropharm.ru/upload/iblock/c75/c756bdfa3f6d7c6b759f37ba2f34dde6.pdf

1. Практические рекомендации по лекарственному лечению злокачественных опухолей (RUSSCO). Под ред. Моисеенко В.М. М.: Общество онкологов-химиотерапевтов; 2014.
2. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность). Под ред. Каприна А.Д., Старинского В.В., Петровой Г.В. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России; 2014.
3. Полный перечень показаний см. инструкцию по медицинскому применению препарата Таутакс от 10.11.2014

ООО «ВЕРОФАРМ», Российская Федерация, 601125, Владимирская область, Петушинский район, пос. Вольгинский, ул. Заводская, владение 120. Тел.: (495) 792-53-30, факс: (495) 792-53-28. E-mail: info@veropharm.ru, www.veropharm.ru. РУ №: ЛС 000093. Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников. Подлежит распространению только в рамках мероприятий, связанных с повышением профессионального уровня медицинских и фармацевтических работников, включая специализированные выставки, конференции, симпозиумы и т.п. Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению. На правах рекламы. VERTAU170328 от 17.04.2017



СИЛА ДВИЖЕНИЯ ВПЕРЕД

Эффективная терапия первой линии* при уровне качества жизни, предпочтительном для пациентов[1]

РЕКОМЕНДОВАННАЯ
ПЕРВАЯ ЛИНИЯ *, 2-4
ESMO | EAU | NCCN | RUSSCO

[1] По данным двойного слепого перекрестного исследования IIIb фазы, ВОТРИЕНТ® является более предпочтительным выбором для пациентов, по сравнению с сунитинибом

ВОТРИЕНТ® (пазопаниб) показан для лечения распространённого и/или метастатического почечноклеточного рака (ПКР).

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата ВОТРИЕНТ® (пазопаниб)

ВОТРИЕНТ®: Пазопаниб, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг, 400 мг. РУ №ЛСР-008805/10

Примечание: перед началом применения ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению!

ПОКАЗАНИЯ: Лечение распространенного почечно-клеточного рака (ПКР). Лечение распространенной саркомы мягких тканей (СМТ) (кроме гастроинтестинальных стромальных опухолей и липосаркомы) у пациентов, ранее получавших химиотерапию.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Повышенная чувствительность к пазопанибу или любому другому компоненту препарата. Нарушение функции печени тяжелой степени (в связи с недостаточностью данных). Нарушение функции почек тяжелой степени (в связи с недостаточностью данных). Одновременное применение с другими противоопухолевыми препаратами. Беременность и период кормления грудью. Детский возраст (в связи с недостаточностью данных).

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Рекомендуемая доза препарата Вотриент® составляет 800 мг внутрь один раз в сутки.

Особые группы пациентов: *Пожилые пациенты:* коррекции дозы не требуется. *Пациенты с нарушением функции почек:* коррекции режима дозирования у пациентов с КК > 30 мл/мин не требуется. Опыт применения пазопаниба у пациентов с нарушением функции почек тяжелой степени или у пациентов, находящихся на перитониальном диализе или гемодиализе, отсутствует, в связи с чем применение пазопаниба у таких пациентов противопоказано. *Пациенты с нарушением функции печени:* легкой степени: коррекция дозы не требуется. средней степени: снизить дозу до 200 мг в сутки: тяжелой степени: противопоказано.

ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ: *Влияние на функцию печени:* необходим контроль активности печеночных ферментов. Одновременное применение пазопаниба с симвастатином увеличивает риск повышения активности АЛТ. *Артериальная гипертензия:* прекратить применение препарата при возникновении гипертонического криза или в случае тяжелой артериальной гипертензии, которая не купируется, несмотря на антигипертензивную терапию и снижение дозы пазопаниба. *Синдром обратимой задней энцефалопатии (СОЗЭ) / синдром обратимой задней лейкоэнцефалопатии (СОЗЛ):* применение пазопаниба у пациентов, с СОЗЭ/СОЗЛ необходимо прекратить. *Интерстициальная болезнь легких (ИБЛ) / пневмонит:* необходимо прекратить применение пазопаниба у пациентов с ИБЛ или пневмонитом. *Нарушения функции сердца:* контроль АД и клинических признаков или симптомов хронической сердечной недостаточности. У пациентов с риском нарушения функции сердца следует оценить фракцию выброса левого желудочка (ФВЛЖ) перед началом терапии препаратом, и периодически проводить повторную оценку. *Удлинение интервала QT и полиморфная желудочная тахикардия:* соблюдать осторожность при применении препарата у пациентов с удлиненным интервалом QT в анамнезе, у пациентов, получающих антиаритмические средства или препараты, удлиняющие интервал QT, или у пациентов с заболеванием сердца в анамнезе. Контроль показателей ЭКГ и содержания электролитов следует провести перед началом терапии и повторять периодически во время лечения препаратом. *Явления тромбоза артерий/вен:* с осторожностью у пациентов с высоким риском развития тромбоза или у имеющих явления тромбоза в анамнезе. *Тромботическая микроангиопатия (ТМА):* применение препарата у пациентов с ТМА необходимо прекратить. *Геморрагические явления:* с осторожностью у пациентов с высоким риском развития кровотечения. *Перфорации и свищи органов ЖКТ:* с осторожностью у пациентов с риском развития перфораций или свищей. *Заживление ран:* прекратить применение препарата у пациентов с расхождением краев раны. *Гипотиреоз:* профилактический контроль функции щитовидной железы. *Протеинурия:* контроль результатов анализа мочи для выявления увеличения степени протеинурии необходимо проводить перед началом терапии и повторять периодически на фоне лечения препаратом. Прекратить применение препарата при развитии нефротического синдрома. *Инфекционные заболевания:* имеются сообщения о случаях серьезных инфекционных осложнений. *Комбинированное лечение с другой системной противоопухолевой терапией:* применение в комбинации с другими лекарственными средствами противопоказано.

ПАЦИЕНТКИ С СОХРАНЕННЫМ РЕПРОДУКТИВНЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ: Пациенткам с сохраненным репродуктивным потенциалом следует использовать надежные методы контрацепции в период лечения пазопанибом и в течение двух недель после прекращения терапии.

КОНТРАЦЕПЦИЯ У МУЖЧИН: При половых контактах мужчинам (в т.ч. с вазэктомией в анамнезе), получающим лечение пазопанибом, и их половым партнерам – женщинам с сохраненным репродуктивным потенциалом или беременным – необходимо использовать презерватив в течение всего периода лечения мужчины, а также в течение 2 недель после приема последней дозы препарата.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЕРИОД ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ: Противопоказано применение препарата Вотриент® при беременности и в период грудного вскармливания.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: ПРК: очень часто (≥10%): анорексия, снижение аппетита, дисгевзия, головная боль, артериальная гипертензия, боль в животе, диарея, тошнота, рвота алопеция, изменение цвета волос, пальмарно-плантарная эритродизестезия, сыпь, протеинурия, повышение активности АЛТ и АСТ, повышенная утомляемость; **часто (1-10%):** нейтропения, тромбоцитопения, лейкопения, гипотиреоз, повышение активности тиреотропных гормонов в крови, снижение массы тела, обезвоживание, бессонница, головокружение, периферическая сенсорная нейропатия, парестезия, затороженность, нечеткость зрения, носовое кровотечение, гематурия, гипергликемия, венозные тромбоэмболические осложнения «прилива», дисфония, диспноэ кровоизлияние, метеоризм, вздутие живота, язвенный стоматит, диспепсия, повышение уровня липазы, стоматит, сухость слизистой оболочки полости рта, гепатотоксичность, нарушение функции печени, сухость кожи, гипертрихоз, эуд, эритема, депигментация кожи, гипопигментация кожи, протеинурия, мышечный спазм, артралгия, миалгия, гипербилирубинемия, повышение концентрации креатинина в крови, повышение активности амилазы, повышение концентрации мочевины в крови, повышение активности гамма-глютамилтранспептидазы, воспаление слизистой оболочки, отеки, астения, боль в грудной клетке; **СМТ: очень часто (≥10%):** боль в новообразованиях, нейтропения, тромбоцитопения, лейкопения, анорексия, снижение массы тела, снижение аппетита, дисгевзия, головная боль, артериальная гипертензия, боль в животе, диарея, тошнота, стоматит, рвота, эксфолиативная сыпь, изменение цвета волос, депигментация кожи, гипопигментация кожи, пальмарно-плантарная эритродизестезия, сыпь, протеинурия, повышение активности АЛТ и АСТ, повышенная утомляемость; **часто (1-10%):** инфекция десен, гипотиреоз, обезвоживание, бессонница, головокружение, периферическая сенсорная нейропатия, нечеткость зрения, нарушения сердечной деятельности, брадикардия, носовое кровотечение, гиперемия, легочное кровотечение, венозные тромбоэмболические осложнения, кровотечение из полости рта, анальное кровотечение, «приливы», кашель, дисфония, диспноэ, пневмоторакс, икота, метеоризм, вздутие живота, дисгевзия, сухость слизистой оболочки полости рта, поражения кожи, алопеция, сухость кожи, поражение ногтей, гипертрихоз, эуд, эритема, скелетно-мышечная боль, мышечный спазм, миалгия, повышение активности АЛТ и АСТ, изменение концентрации холестерина в крови, повышение активности гамма-глютамилтранспептидазы, отеки, боль в грудной клетке, озноб.

С полным перечнем нежелательных реакций можно ознакомиться, обратившись к инструкции по применению препарата.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ: Следует избегать одновременного применения пазопаниба с мощным ингибитором изофермента CYP3A4, ингибиторами P-gp или BCRP. Пазопаниб может повышать концентрации лекарственных препаратов, выведение которых осуществляется в основном при участии UGT1A1 и OATP1B1. Прием пищи: пазопаниб следует принимать за 1 час до или через 2 часа после приема пищи. Следует избегать одновременного применения пазопаниба с лекарственными препаратами, которые повышают pH желудочного сока.

НОВАРТИС ФАРМА АГ, ШВЕЙЦАРИЯ

* При применении препарата по показанию распространенный почечно-клеточный рак

1. Escudier B, Porta C, Bono P, et al. Randomized, controlled, double-blind, cross-over trial assessing treatment preference for pazopanib versus sunitinib in patients with metastatic renal cell carcinoma: PISCES study. J Clin Oncol. 2014;32(14):1412-1418. 2. Escudier B, Porta C, Schmidinger M, et al; on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. Renal cell carcinoma: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2014;25(Suppl 3):iii49-iii56. 3. Ljungberg B, Bensalah K, Bex A, et al. EAU guidelines on renal cell carcinoma. European Association of Urology. Updated March 2016. http://uroweb.org/guideline/renal-cell-carcinoma/. Accessed September 12, 2016. 4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): Kidney Cancer. V 2.2016. © 2015 National Comprehensive Cancer Network, Inc. http://www.nccn.org. Updated 2015. Accessed July 28, 2016. 5. VOTRIENT (summary of product characteristics). Camberley, UK: Novartis Europharm Limited, April 2016.

Только для медицинских и фармацевтических работников. Для распространения в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий.

NOVARTIS

ООО «Новартис Фарма», 125315, г. Москва, Ленинградский пр-кт, д. 72, корп. 3,
Тел.: +7 (495) 967-12-70, факс: +7 (495) 967-12-68, www.novartis.ru,

752360/VOT RCC/A4/05.2017/1000

СИЛА ПЕРВОЙ ЛИНИИ* Вотриент® пазопаниб

Не дай окну закрыться

Не упустите время для назначения Джевтаны



ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДЖЕВТАНЫ ПОСЛЕ ДОЦЕТАКСЕЛА ПРИ МКРРПЖ* ДОСТОВЕРНО УВЕЛИЧИВАЕТ ОБЩУЮ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ПО СРАВНЕНИЮ С МИТОКСАНТРОНОМ[1]

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Джевтана®
Регистрационный номер: ЛП-001500. Торговое название: Джевтана®. Международное непатентованное название препарата: Кабазитаксел. Лекарственная форма: Концентрат для приготовления раствора для инфузий. Состав: В 1 флаконе с препаратом содержится: действующее вещество: кабазитаксела ацетоновый сольват (в пересчете на кабазитаксел) — 60,00 мг; вспомогательное вещество: полисорбат-80 (pH 3,5) — 1,56 г. В 1 мл концентрата содержится 40 мг кабазитаксела ацетонового сольвата (в пересчете на кабазитаксел). В 1 флаконе с растворителем содержится: этанол 96% — 573,3 мг, вода для инъекций — до 4,5 мл. Показания к применению: Метастатический кастрационно-резистентный рак предстательной железы у пациентов, ранее получавших химиотерапию с включением доцетаксела (в комбинации с преднизолоном или преднизоном). Противопоказания: гиперчувствительность к кабазитакселу, другим таксанам или прочим вспомогательным веществам в составе препарата, включая полисорбат 80; количество нейтрофилов<1500/мм3; тяжелая печеночная недостаточность (билирубин ≥ 3х ВГН), одновременная вакцинация против желтой лихорадки, а также другими живыми ослабленными вакцинами, беременность, период грудного вскармливания, детский и подростковый возраст до 18 лет. Держатель регистрационного удостоверения: Санофи-Авентис, Франция. РУ ЛП-001500 от 13.02.2012, дата внесения изменений в текст 14.02.2017. Предоставление более подробной информации по запросу: 125009, г. Москва, ул. Тверская, 22. Тел.: (495) 721-14-00. Факс: (495) 721-14-11. Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению.
* мКРРПЖ - метастатический кастрационно-резистентный рак предстательной железы
1) Heidenreich A., Pfister D., Eur Urol, 2012; 62; 1201-1204.

SARU.CAB.17.03.0347.
Представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция). 125009, Москва, ул. Тверская, 22.
Тел.: (495) 721-14-00, факс: (495) 721-14-11. www.sanofi.ru

SANOFI ONCOLOGY

ДЖЕВТАНА®
(кабазитаксел)

АДЦЕТРИС®

ИННОВАЦИОННЫЙ CD30 ТАРГЕТНЫЙ КОНЪЮГАТ



ДОКАЗАННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Пациенты с рецидивирующей или рефрактерной лимфомой Ходжкина после двух линий терапии:[1]

54%	22%
ЧОО	ПР

Пациенты с рецидивирующей или рефрактерной лимфомой Ходжкина после аутоТГСК:[2,3]

75%	34%	40,5 мес.
ЧОО	ПР	МЕДИАНА ОВ

Пациенты с рецидивирующей или рефракторной лимфомой Ходжкина с высоким риском прогрессии после проведенной аутоТГСК:[4]

Адцетрис®	Плацебо
42,9 мес.	24,1 мес.
МЕДИАНА ВБП	МЕДИАНА ВБП

Пациенты с рецидивирующей или рефрактерной сАККЛ:[5,6]

86%	57%	55,1 мес.
ЧОО	ПР	МЕДИАНА ОВ

АДЦЕТРИС® – первый конъюгат моноклонального антитела CD30 и цитотоксического агента с доказанной высокой эффективностью и благоприятным профилем безопасности для лечения пациентов с рецидивирующей или рефрактерной лимфомой Ходжкина и системной анапластической крупноклеточной лимфомой[1-6]

Сокращенная информация по назначению. № регистрационного удостоверения ЛП-003476 от 24.08.2016. Торговое название препарата: АДЦЕТРИС®. МНН: брентуксимаб ведотин. **Лекарственная форма и дозировка:** лиофилизат для приготовления концентрата для приготовления раствора для инфузий, 50 мг. **Показания к применению:** Лечение пациентов с рецидивирующей/рефрактерной CD30+ лимфомой Ходжкина после аутологичной трансплантации стволовых клеток или после минимум двух линий предшествующей терапии, когда аутологичная трансплантация стволовых клеток или комбинированная химиотерапия не рассматриваются как вариант лечения. Лечение пациентов с CD30+ лимфомой Ходжкина при повышенном риске рецидива или прогрессирования заболевания после аутологичной трансплантации стволовых клеток. Лечение пациентов с рецидивирующей/рефрактерной системной анапластической крупноклеточной лимфомой. **Способ применения и дозы:** Внутривенно, в виде инфузий. Препарат следует применять под наблюдением врача, имеющего опыт применения противоопухолевых препаратов. Перед каждым введением дозы должен проводиться клинический анализ крови. Пациенты должны находиться под строгим наблюдением во время и после инфузии. Рекомендуемая доза составляет 1,8 мг/кг в виде внутривенной инфузии в течение 30 минут каждые 3 недели. Если масса тела пациента превышает 100 кг, при расчете дозы следует использовать значение массы 100 кг. Рекомендуемая начальная доза для повторного лечения при предыдущем ответе на терапию брентуксимабом ведотином составляет 1,8 мг/кг в виде внутривенной инфузии в течение 30 минут каждые 3 недели или лечение можно начать с последней переносимой дозы. Для пациентов с тяжелой почечной и печеночной недостаточностью рекомендуемая начальная доза составляет 1,2 мг/кг, вводится внутривенно в виде инфузии в течение 30 минут каждые 3 недели. При достижении стабильного состояния или при положительной динамике заболевания пациент должен пройти, как минимум, 8, но не более 16 циклов лечения. **Подробное описание способа применения и доз содержится в инструкции по применению. Противопоказания:** Гиперчувствительность к любому из компонентов препарата; совместное применение брентуксимаба ведотина с блеомицином вследствие возникновения легочной токсичности; беременность и период грудного вскармливания, детский возраст до 18 лет. **Побочное действие (очень частое и частое):** инфекция, инфекция верхних дыхательных путей, нейтропения, периферическая сенсорная и моторная нейропатия, кашель, одышка, диарея, тошнота, рвота, запор, боль в области живота, алопеция, зуд, миалгия, артралгия, утомляемость, озноб, лихорадка, инфузионные реакции, уменьшение массы тела,сепсис, септический шок, опоясывающий лишай, пневмония, простой герпес, анемия, тромбоцитопения, гипергликемия, головокружение, демиелинизирующая полинейропатия, повышение уровня аланинаминотрансферазы/аспартатаминотрансферазы, сыпь, боль в спине. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по применению. Особые указания:** прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия, панкреатит, легочная токсичность, тяжелые и оппортунистические инфекции, инфузионные реакции, синдром лизиса опухоли, периферическая нейропатия, гематологическая токсичность, синдром Стивенса-Джонсона и токсический эпидермальный некролиз, осложнения со стороны ЖКТ, гепатотоксичность, гипергликемия, почечная и печеночная недостаточность, содержание натрия в качестве вспомогательного вещества. **Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.**

ЧОО – частота общего ответа
ПР – полная ремиссия
ОВ – общая выживаемость
аутоТГСК – аутологичная трасплантация гемопоэтических стволовых клеток
сАККЛ – системная анапластическая крупноклеточная лимфома

1. Advani R et al. Oral Presentation at EHA 2011; London, UK (Abstract #518); 2. Younes A, et al. J Clin Oncol 2012; 30: 2183-2189;
3. Gopal AK, et al. Poster abstract no. 4382 presented at American Society of Hematology, December 2013,New Orleans, LA, USA;
4. Brentuximab vedotin as consolidation therapy after autologous stem-cell transplantation in patients with Hodgkin's lymphoma at risk of relapse or progression (AETHERA): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Craig H Moskowitz, Auayporn Nademanee, Tamas Masszi, Edward Agura. Lancet 2015; 385: 1853–62; 5. Pro B, et al. J Clin Oncol 2012; 30: 2190-2196; 6. Pro B, et al. Poster abstract no. 3095 presented at American Society of Hematology, December 2014, San Francisco, CA, USA.

Дата выпуска материала: февраль 2017 г.

RU/ADC/0217/0019

Takeda

ООО «Такеда Фармасьютикалс»:
ул. Усачева, 2, стр. 1, 119048, Москва, Россия
Тел.: (495) 933 5511, факс: (495) 502 1625
www.takeda.com.ru

АДЦЕТРИС®
брентуксимаб ведотин

Эффективное таргетное лечение мРПЖ сразу при прогрессии на АДТ*

для приема 1 раз в день
Зитига®
абиратерона ацетат

Каждый день - это мой день!



2,9 года Общая выживаемость **ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПОСЛЕ АДТ**

2,8 года **БЕЗ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ**

2,2 года От начала лечения **ДО НАЗНАЧЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ**

1,4 год **БЕЗ ПРИЗНАКОВ РАДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОГРЕССИИ**

* Препарат Зитига® в комбинации с преднизолоном предназначен для лечения метастатического кастрационно-резистентного рака предстательной железы

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Зитига®

Регистрационный номер – ЛП 001632
Торговое название препарата – Зитига®
Международное непатентованное название – абиратерон
Лекарственная форма – таблетки
Состав. Каждая таблетка содержит: активное вещество абиратерона ацетат – 250 мг; вспомогательные вещества
Фармакотерапевтическая группа – другие антагонисты гормонов и их прочие аналоги
Показания к применению: Препарат Зитига® в комбинации с преднизолоном предназначен для лечения метастатического кастрационно-резистентного рака предстательной железы
Противопоказания: гиперчувствительность к активному компоненту или любому вспомогательному веществу препарата; детский возраст до 18 лет; тяжелое нарушение функции печени.
С осторожностью: дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. Следует с осторожностью назначать препарат Зитига® пациентам, больным раком предстательной железы с нарушением функции почек тяжелой степени, поскольку клинические данные о применении препарата Зитига® у таких пациентов отсутствуют. Следует проявлять осторожность при лечении больных, состояние которых может ухудшаться при повышении артериального давления или развитии гипокалиемии, например, больных с сердечной недостаточностью, с недавно перенесенным инфарктом миокарда или желудочковой аритмией; фракцией выброса левого желудочка менее 50%, сердечной недостаточностью III-IV функционального класса по классификации NYHA.
Способ применения и дозы: рекомендуемая суточная доза препарата Зитига® составляет 1 г (4 таблетки по 250 мг) 1 раз в день за 1 час до еды или через 2 часа после еды.
Препарат Зитига® применяется вместе с низкими дозами преднизолона. Рекомендуемая доза преднизолона составляет 10 мг/сут . Препарат нельзя принимать с пищей. В течение 1 часа после приема препарата не рекомендуется прием пищи. До начала лечения препаратом Зитига®, каждые 2 недели в течение первых трех месяцев лечения, а затем ежемесячно следует измерять активность сывороточных трансаминаз и концентрацию билирубина. Артериальное давление, концентрацию калия в крови и степень задержки жидкости в организме следует оценивать ежемесячно. При пропуске очередной суточной дозы препарата Зитига®, преднизолона на следующий день следует принять обычную дозу пропущенного препарата. Коррекция дозы у пациентов с нарушением функции печени легкой степени не требуется. Препарат Зитига® следует применять с осторожностью у пациентов с нарушениями функции печени умеренной степени, и только в том случае, если польза от лечения явно перевешивает возможный риск. Препарат Зитига® нельзя назначать пациентам с нарушением функции печени тяжелой степени. Если в ходе лечения препаратом у пациентов развились признаки гепатотоксичности (повышение активности аланинаминотрансферазы или аспартатаминотрансферазы в 5 раз превышающей верхнюю границу нормы или концентрации билирубина в 3 раза превышающего верхнюю границу нормы), терапию следует немедленно прекратить до полной нормализации показателей функции печени. Повторную терапию у пациентов с нормализовавшимися показателями функции печени можно начать с уменьшенной дозы 500 мг (две таблетки) один раз в день. В этом случае контроль активности сывороточных трансаминаз и концентрации билирубина должен осуществляться, как минимум, каждые две недели в течение трех месяцев, а затем – ежемесячно. Если признаки гепатотоксичности возникают при приеме дозы 500 мг, терапию препаратом Зитига® следует прекратить. Если у пациентов в любой период терапии развивается тяжелая форма гепатотоксичности (активность аланинаминотрансферазы или аспартатаминотрансферазы превышает верхнюю границу нормы в 20 раз), препарат Зитига® следует отменить, повторное назначение препарата у таких пациентов невозможно.
Побочное действие: нежелательными явлениями при лечении препаратом Зитига® являются периферические отеки, гипокалиемия, повышение артериального давления, инфекции мочевыводящих путей, гематурия, сепсис, увеличение активности аспартатаминотрансферазы, увеличение активности аланинаминотрансферазы, дисперсия, переломы (за исключением патологических переломов), сердечная недостаточность, в том числе острая сердечная недостаточность, левожелудочковая недостаточность, уменьшение фракции выброса левого желудочка, стенокардия, аритмия, фибрилляция предсердий, тахикардия, инфаркт миокарда, недостаточность функции надпочечников, гипертриглицеридемия, аллергический альвеолит, рабдомиолиз, миопатия, диарея, кожная сыпь.
Передозировка: данные о передозировке препаратом Зитига® ограничены. При передозировке прием препарата прекратить, проводить общие поддерживающие мероприятия, включая контроль аритмии и функции печени.
Особые указания: препарат Зитига® может вызвать повышение артериального давления, гипокалиемию и задержку жидкости из-за повышения концентрации минералокортикоидов вследствие ингибирования фермента CYP17. Перед началом применения препарата Зитига® следует скорректировать гипокалиемию и повышение артериального давления. При развитии клинических симптомов и признаков, позволяющих предположить нарушение функции печени, следует немедленно измерить активность сывороточных трансаминаз и уровень билирубина сыворотки. Коррекция дозы препарата Зитига® в случае развития нарушений функции печени, а также алгоритм возобновления терапии с рекомендациями по последующему мониторингу печёночных проб приведены в разделе «Способ применения и дозы». Препарат Зитига® не предназначен для применения у женщин. При приёме абиратерона необходимо соблюдать эффективные меры контрацепции. При отмене преднизолона следует проявлять осторожность и контролировать признаки недостаточности функции коры надпочечников. Если применение препарата Зитига® продолжается после отмены глюкокортикостероидов, то следует контролировать появление симптомов избытка минералокортикоидов. У пациентов, получающих преднизолон при развитии стрессовых ситуаций может потребоваться повышенная доза глюкокортикостероидов перед, во время и после стрессовой ситуации. Безопасность и эффективность одновременного назначения препарата Зитига® и цитотоксической химиотерапии не установлены. Зитига® содержит 1 ммоль (27,2 мг) натрия в каждой дозе (четырех таблетках), что необходимо принимать во внимание при лечении пациентов, получающих диету с контролируемым содержанием натрия.
Влияние на вождение автомобиля и работу с механизмами: препарат Зитига® не влияет или оказывает ничтожно малое влияние на способность управлять автомобилем и движущимися механизмами.
Условия хранения: при температуре не выше 30°С. Хранить в оригинальной упаковке в недоступном для детей месте.
Условия отпуска из аптек: По рецепту.
Держатель регистрационного удостоверения, организация, принимающая претензии:
ООО «Джонсон & Джонсон», Россия, 121614, Москва, ул. Крылатская, 17/2.
Контактные телефоны: тел.: (495) 755-83-57, факс: (495) 755-83-58

janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson&Johnson

По всем вопросам, связанным с применением препарата, обращаться в представительство компании Янссен, фармацевтическое подразделение ООО «ДжонсонЭнДжонсон» по адресу: 121614, Москва, ул. Крылатская, д. 17, корп. 2, тел. 8 (495) 755-83-57, факс 8 (495) 755-83-58; бесплатный номер для России 8-800-700-88-10. www.janssencilag.ru

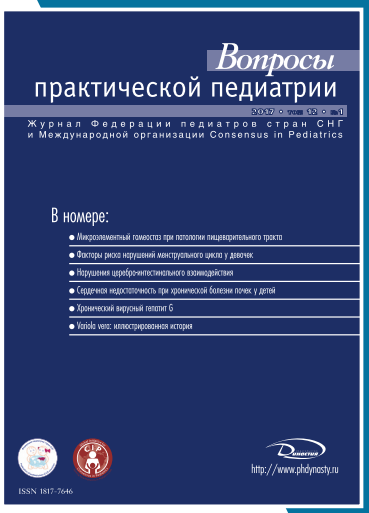
ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТУ ПРЕПАРАТА ЗИТИГА® (ZYTIGA®) ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

1. Ryan C.J. и др. / Lancet. Oncol. 2015. Т. 16. № 14. С. 152–60.
2. Rathkopf D.E. и др. / Eur. Urol. 2014. Т. 66. № 5. С. 815–25.

PHRUZYT/1215/0001

Вопросы практической педиатрии

Журнал Федерации педиатров стран СНГ и Международной организации Consensus in Pediatrics



Главный редактор
член-корреспондент РАН, профессор Б.С.Каганов
Президент Федерации педиатров стран СНГ

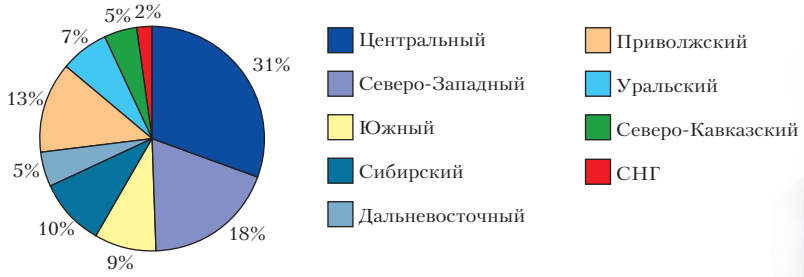
Заместители главного редактора
к.м.н. М.В.Зейгарник
Доцент Российского национального исследовательского университета им. Н.И.Пирогова
профессор А.И.Камилов
Профессор Ташкентского педиатрического медицинского института (Узбекистан)
профессор М.Кац
Президент Международной общественной организации «Global Initiative for Consensus in Pediatrics» (Израиль)
академик НАМН, профессор В.Г.Майданник
Заведующий кафедрой педиатрии №4 Национального медицинского университета им. А.А.Богомольца (Украина)
профессор К.А.Узакбаев
Директор Национального центра охраны материнства и детства (Кыргызстан)

Журнал адресован педиатрам, неонатологам, детским хирургам, врачам общей практики, научным работникам, организаторам здравоохранения. Журнал публикует оригинальные исследования, обзоры литературы, лекции, методические рекомендации, клинические наблюдения, официальные документы органов управления здравоохранением.
Тематика публикаций: этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение и профилактика болезней детского возраста; терапия неонатальной патологии, современные возможности выхаживания и лечения недоношенных и маловесных детей; актуальные проблемы питания здоровых и больных детей: естественное и искусственное вскармливание, лечебное питание, использование биологически активных добавок в педиатрии; новые лекарственные средства и технологии в практике педиатра; инвазивные и неинвазивные методы диагностики в педиатрии; возможности применения хирургических методов лечения в педиатрии; вопросы охраны репродуктивного здоровья подростков; организационные вопросы.

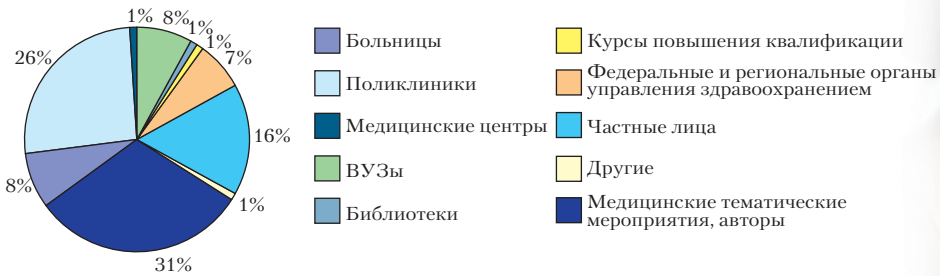
Журнал индексируется в международной реферативной базе данных Scopus, Ulrich's Periodicals Directory и в Российском индексе научного цитирования.
Журнал входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Формат: А4 • Тираж: от 12 000 экземпляров • Объем: от 80 страниц • Периодичность: 6 раз в год • Печать: полноцветная

Структура распределения тиража по федеральным округам России и СНГ



Структура распределения тиража по адресатам





Распространение:

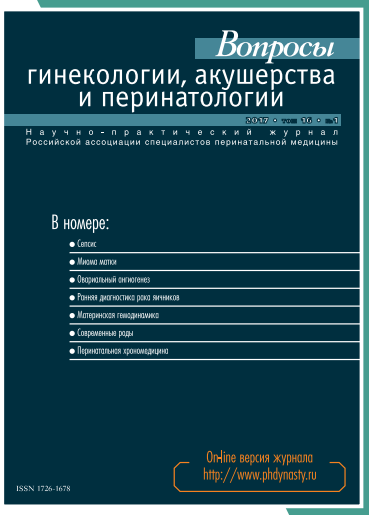
адресная рассылка (постоянно пополняющаяся база данных включает адреса педиатрических лечебных учреждений, включая областные и краевые больницы и поликлиники, консультативные центры, персональные адреса педиатров различных специальностей), подписка, распространение на специализированных форумах и выставках

Электронное распространение: www.elibrary.ru; www.eastview.com

On-line версия www.phdynasty.ru

Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии

Научно-практический журнал
Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины



Главный редактор
академик РАН, профессор А.Н.Стрижаков
заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова

Заместители главного редактора
академик РАН, профессор Н.Н.Володин
Президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины
профессор А.И.Давыдов
профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова

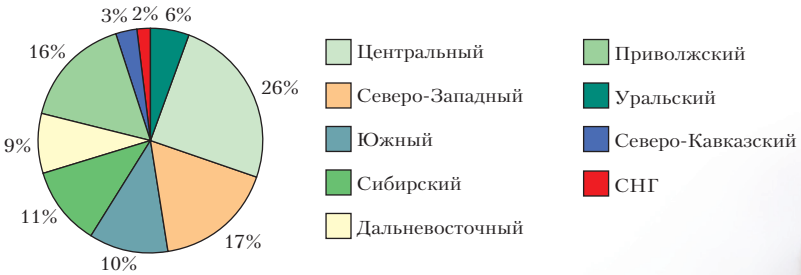
Журнал выпускается с сентября 2002 года и предназначен для акушеров-гинекологов, в том числе узких специальностей (радиология, эндоскопия, химиотерапия), и перинатологов.

Тематика публикаций:
- лечение и профилактика внутриутробных инфекций;
- современные аспекты медикаментозной терапии в акушерстве и гинекологии;
- гинекологическая эндокринология и онкология;
- применение неинвазивных и инвазивных методов диагностики состояния плода;
- новые методы хирургии в акушерстве и гинекологии.

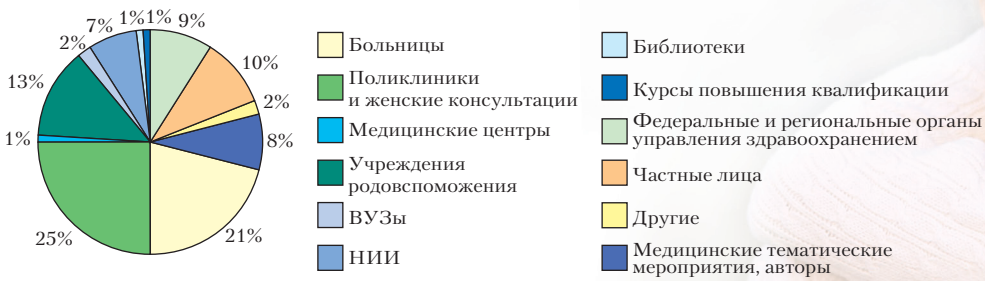
Журнал индексируется в международной реферативной базе данных Scopus, Ulrich's Periodicals Directory и в Российском индексе научного цитирования.
Журнал входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Формат: А4 • Тираж: от 12 000 экземпляров • Объем: от 80 страниц • Периодичность: 6 раз в год • Печать: полноцветная

Структура распределения тиража по федеральным округам России и СНГ



Структура распределения тиража по адресатам





Распространение:

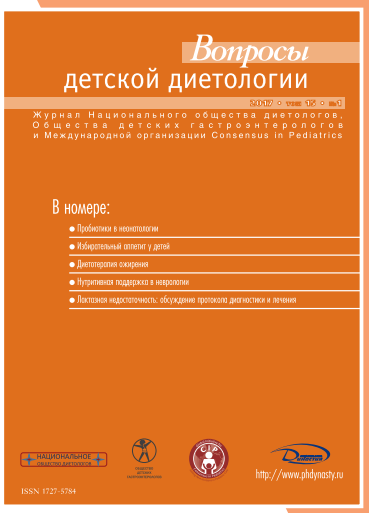
адресная рассылка (постоянно пополняющаяся база данных включает адреса лечебных и консультативных учреждений акушерского и гинекологического профиля, персональные адреса акушеров-гинекологов и неонатологов), подписка, распространение на специализированных форумах и выставках

Электронное распространение: www.elibrary.ru; www.eastview.com

On-line версия www.phdynasty.ru

Вопросы детской диетологии

Журнал Национального общества диетологов, Общества детских гастроэнтерологов и Международной организации Consensus in Pediatrics



Главный редактор
профессор С.В.Бельмер
профессор кафедры госпитальной педиатрии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Заместители главного редактора
профессор И.Я.Конь
главный научный сотрудник лаборатории возрастной нутрициологии Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи
профессор А.И.Хавкин
руководитель отделения гастроэнтерологии Научно-исследовательского клинического института педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

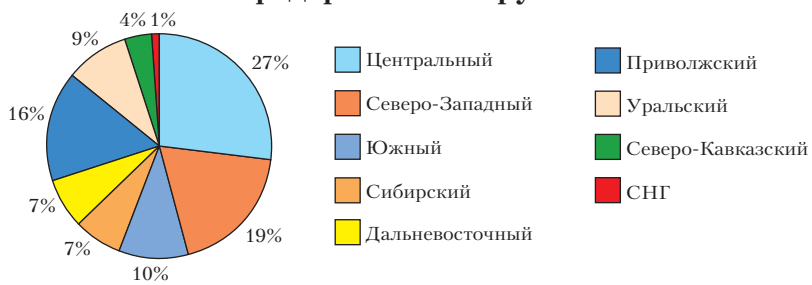
Журнал ориентирован на широкую аудиторию медицинских работников, охватывающую педиатров, диетологов, гастроэнтерологов, гигиенистов, врачей дошкольно-школьных учреждений, организаторов детского здравоохранения.

Тематика публикаций:
- проблемы питания здоровых и больных детей;
- вопросы детской гастроэнтерологии: диагностика, лечение и профилактика заболеваний органов пищеварения у детей;
- рациональное вскармливание детей первого года жизни;
- организация питания детей в дошкольных и школьных учреждениях;
- питание беременных и кормящих женщин;
- особенности лечебного питания при различных заболеваниях детского возраста;
- информация о новых специализированных продуктах детского питания и их использовании в питании здоровых и больных детей;
- энтеральное и парэнтеральное питание в педиатрии.

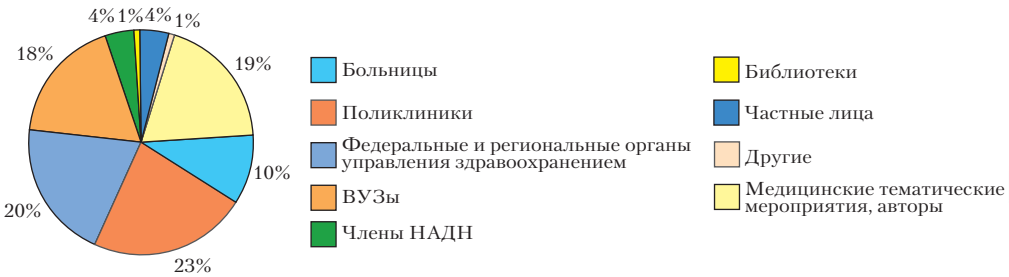
Журнал индексируется в международной реферативной базе данных Scopus, Ulrich's Periodicals Directory и в Российском индексе научного цитирования.
Журнал входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Формат: А4 • Тираж: от 5000 экземпляров • Объем: от 80 страниц • Периодичность: 6 раз в год • Печать: полноцветная

Структура распределения тиража по федеральным округам России и СНГ



Структура распределения тиража по адресатам





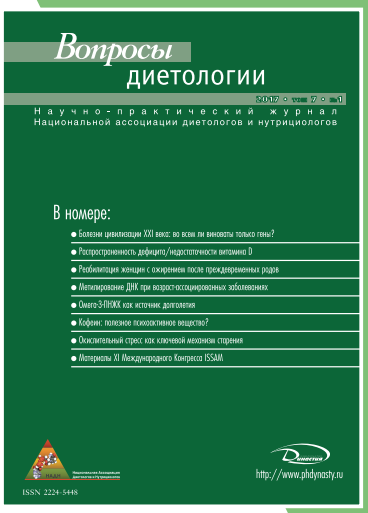
Распространение:
адресная рассылка (база данных включает адреса детских лечебно-профилактических учреждений и педиатров, специализирующихся в области клинической нутрициологии, диетологии, неонатологов, гастроэнтерологов и научных сотрудников), подписка, распространение на специализированных форумах и выставках

Электронное распространение: www.elibrary.ru; www.eastview.com

On-line версия www.phdynasty.ru

Вопросы диетологии

Научно-практический журнал
Национальной ассоциации диетологов и нутрициологов



Почетный главный редактор
член-корреспондент РАН, профессор Б.С.Каганов
Председатель Национальной Ассоциации диетологов и нутрициологов

Главный редактор
профессор С.Ю.Калинченко
заведующая кафедрой эндокринологии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов

Заместители главного редактора
член-корреспондент РАН, профессор Д.Б.Никитюк
директор Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи
профессор Х.Х.Шарафетдинов
заведующий отделением болезней обмена веществ Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи

Национальная Ассоциация Диетологов и Нутрициологов

НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ДИЕТОЛОГОВ

Журнал ориентирован на широкую аудиторию специалистов в области здравоохранения – диетологов, нутрициологов, терапевтов, эндокринологов, педиатров, семейных врачей, гастроэнтерологов, кардиологов, реаниматологов, гигиенистов, реабилитологов, спортивных врачей, организаторов здравоохранения, преподавателей ВУЗов и научных работников.
В журнале публикуются оригинальные статьи, обзоры, лекции, клинические наблюдения, посвященные современным аспектам клинической диетологии – здоровому, лечебному и профилактическому питанию, рациональной модификации рационов для различных групп населения (лиц, занимающихся спортом и профессиональных спортсменов, пожилых людей и др.), организации питания в стационарах, нутритивной поддержке лиц, находящихся в критическом состоянии.
Издание будет информировать о новых лечебных продуктах питания, продуктах с заданным химическим составом, биологически активных добавках к пище и их рациональном применении для оптимизации рациона здорового и больного человека.

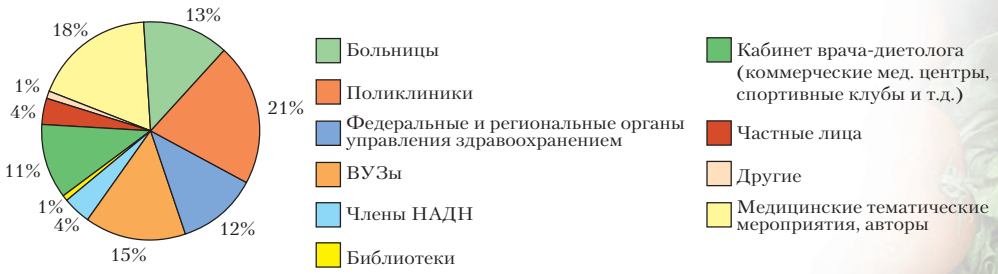
Журнал входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.
Журнал индексируется в Ulrich's Periodicals Directory и в Российском индексе научного цитирования.

Формат: А4 • Тираж: от 5000 экземпляров • Объем: от 80 страниц • Периодичность: 4 раза в год • Печать: полноцветная

Структура распределения тиража по федеральным округам России и СНГ



Структура распределения тиража по адресатам



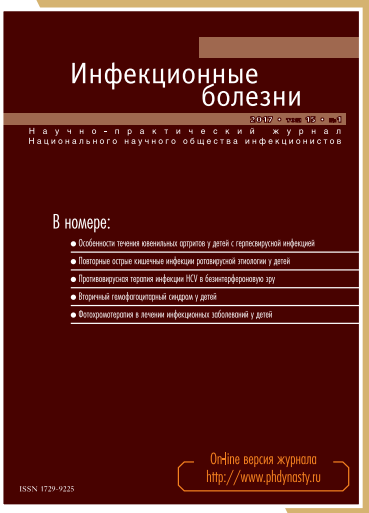


Распространение:

адресная рассылка (база данных включает адреса лечебно-профилактических учреждений, специализирующихся в области клинической нутрициологии, диетологии, кардиологов, терапевтов, гастроэнтерологов и научных сотрудников), подписка, распространение на специализированных форумах и выставках

Электронное распространение: www.elibrary.ru; www.eastview.com

On-line версия www.phdynasty.ru



Инфекционные болезни

Научно-практический журнал
Национального научного общества инфекционистов

Главный редактор
академик РАН, профессор В.И.Покровский
директор Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,
председатель правления Национального научного общества инфекционистов

Заместители главного редактора
академик РАН, профессор В.В.Малеев
заместитель директора по научной и клинической работе
Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
член-корреспондент РАН А.В.Горелов
заведующий клиническим отделом инфекционной патологии
Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора

Журнал ориентирован на широкий круг специалистов – инфекционистов, терапевтов, участковых и семейных врачей, педиатров, научных работников, преподавателей ВУЗов, организаторов здравоохранения.

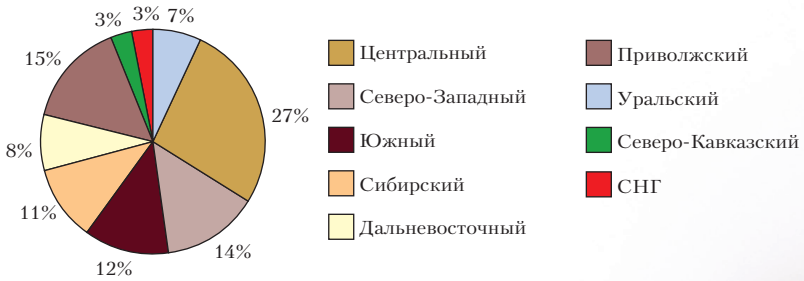
Тематика публикаций:

- проблемы этиологии, патогенеза, клинических проявлений инфекционных заболеваний, новых средств и методов их диагностики, профилактики и лечения;
- особое внимание уделяется вопросам антибактериальной и противовирусной терапии, использованию иммуноглобулинов и интерферонов, а также интенсивной терапии неотложных состояний.

Журнал индексируется в международной реферативной базе данных Scopus, Ulrich's Periodicals Directory и в Российском индексе научного цитирования.
Журнал входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Формат: А4 • Тираж: от 6000 экземпляров • Объем: от 80 страниц • Периодичность: 4 раза в год • Печать: полноцветная

Структура распределения тиража по федеральным округам России и СНГ



Структура распределения тиража по адресатам



Распространение:

адресная рассылка (постоянно пополняющаяся база данных рассылки включает адреса инфекционных и многопрофильных больниц, центров санэпиднадзора, персональные адреса врачей-инфекционистов, эпидемиологов, иммунологов, клинических фармакологов, терапевтов и педиатров), подписка, распространение на специализированных форумах и выставках

Электронное распространение: www.elibrary.ru; www.eastview.com

Вопросы урологии и андрологии

Научно-практический журнал



Главный редактор
академик РАН, профессор П.В.Глыбочко
ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова

Заместитель главного редактора
профессор Е.А.Безруков
профессор кафедры урологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова

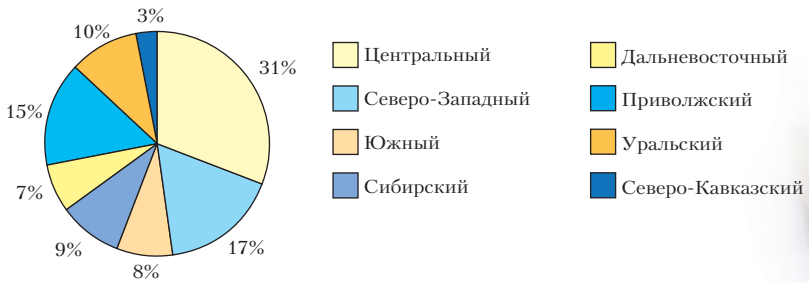
Журнал предназначен для урологов, нефрологов, андрологов, онкологов, хирургов, акушеров-гинекологов и врачей смежных специальностей. Редакционный совет журнала широко представлен российскими и зарубежными специалистами из ведущих урологических клиник.

Журнал освещает новейшие достижения отечественной и зарубежной медицины в области урологии, нефрологии, андрологии и ряда смежных дисциплин. В журнале публикуются результаты оригинальных исследований по различной тематике, включая специально созданные рубрики по эндоскопической урологии, онкоурологии, женской урологии и пр.; обсуждаются дискуссионные вопросы. Наряду с этим, в журнале представлены обзоры литературы по актуальным вопросам урологии, отчеты о наиболее важных научных конгрессах и конференциях, комментарии специалистов в отношении существующих клинических руководств и рекомендаций различных урологических ассоциаций и организаций.

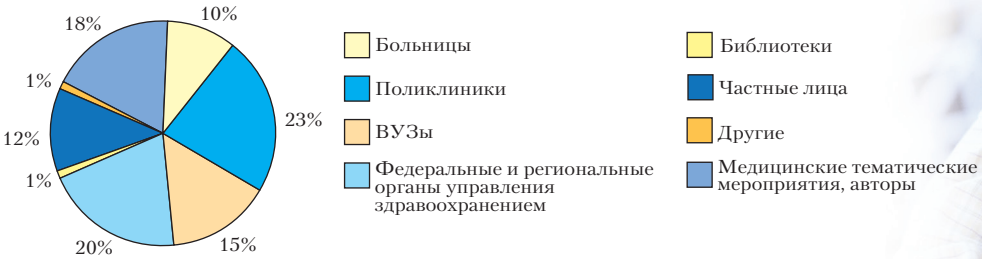
Журнал индексируется в Ulrich's Periodicals Directory и в Российском индексе научного цитирования.

Формат: А4 • Тираж: от 7000 экземпляров • Объем: от 80 страниц • Периодичность: 4 раза в год • Печать: полноцветная

Структура распределения тиража по федеральным округам России



Структура распределения тиража по адресатам





Распространение:

адресная рассылка (база данных включает адреса лечебно-профилактических учреждений, специализирующихся в области урологии, нефрологии и андрологии, а также частные адреса специалистов в указанной области и специалистов ряда смежных дисциплин (терапевтов, хирургов, педиатров и т.д.); подписка; распространение на специализированных форумах и выставках

Электронное распространение: www.elibrary.ru; www.eastview.com

On-line версия www.phdynasty.ru

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР

Bristol-Myers Squibb

ЗОЛОТОЙ СПОНСОР

Roche

СЕРЕБРЯНЫЙ СПОНСОР

BIOCAD
Biotechnology Company

БРОНЗОВЫЕ СПОНСОРЫ

astellas
AstraZeneca
veropharm
Eisai
MSD
INVENTING FOR LIFE
NOVARTIS
SANOFI
Takeda
janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson&Johnson

СПОНСОРЫ

BAYER
MERCK
NUTRICIA
Advanced Medical Nutrition
SANDOZ A Novartis Division
Р-ФАРМ
Инновационные технологии здоровья

АДИОР
AMGEN
БЕБИГ
Boehringer Ingelheim
ДЕЛЬРУС
iba
Q-Optics
оптика нового поколения
CLOVERMED
Комплексные решения для пластической хирургии
Lilly
МегаМед
CORPORATION
MERITMEDICAL
МИНПРОМТОРГ РОССИИ
Pierre Fabre
SANTE M.S.
ТЕЛЕМЕДСОФТ
РАЗРАБОТКА ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ
ЭМКО МЛТ
ГРУППА КОМПАНИЙ ЭМКО
ЮСАР+

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ СПОНСОР

Издательство Династия

ИНФОРМАЦИОННЫЕ СПОНСОРЫ

Врачи РФ
Общероссийская социальная сеть
ЕВРАЗИЙСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
iVrach.com
Клуб практикующих врачей
MEDIA MEDICA
МЕДИА СФЕРА
Медицинский алфавит
Серия научно-практических рецензируемых журналов
МЕДФОРУМ
МЕДИЦИНА целевые проекты
ПОВОЛЖСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК
практическая медицина
издательский дом
РЕМЕДИУМ