

АССОЦИАЦИЯ ОНКОЛОГОВ РОССИИ
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК (ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ НАУК)
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
ФГБОУ ВО «ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. акад. И. П. ПАВЛОВА» МЗ РФ
СПБ ГБУЗ «ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

**Мультидисциплинарный подход:
особенности междисциплинарного
взаимодействия
в лечении онкологических больных**

*Материалы
Всероссийской научно-практической конференции
с международным участием*

11–12 октября 2018 г.



Санкт-Петербург
Гиппократ
2018

Редакционная коллегия:

проф. Г. М. Манихас, проф. Р. В. Орлова, проф. М. Д. Ханевич

Мультидисциплинарный подход: особенности междисциплинарного взаимодействия в лечении онкологических больных. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 11–12 октября 2018 г. — СПб.: Гиппократ, 2018. — 108 с.

Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием посвящены вопросам организации онкологической помощи, внедрению и развитию скрининговых программ, проблемам современного мультимодального подхода к диагностике, хирургическому, лекарственному, лучевому лечению, а также реабилитации онкологических больных. Продление жизни и сохранение ее качества — главная и единая цель всех специалистов, которые прямо или косвенно связаны с лечением онкологических больных. В сборнике представлены научно-практические материалы ведущих отечественных и зарубежных специалистов, где обсуждаются современное состояние и перспективы развития оказания специализированной медицинской помощи онкологическим больным.

© Коллектив авторов, текст,
иллюстрации, 2018
© Гиппократ, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Оптимизация методики фармакотерапии больных гастроинтестинальными стромальными опухолями в ГБУЗ МО МОНКИ им. М. Ф. Владимирского	9
<i>Адлейба С. Т., Когония Л. М., Мазурин В. С.</i>	
Междисциплинарные обсуждения при диагностике и лечении больных раком легкого	10
<i>Аникин В. А.</i>	
Кардиоонкология как составляющая онкологической реабилитации: современное состояние вопроса и перспективы развития	11
<i>Баллюек М. Ф., Машкова М. В.</i>	
Клинико-морфологические особенности муцинозного подтипа колоректального рака	12
<i>Беляк Н. П., Кутукова С. И., Манихас Г. М., Жукова Н. В., Попова Н. В., Эрдниева С. П.</i>	
Молекулярный профиль глиобластомы как перспектива таргетной терапии	13
<i>Беляк Н. П., Кутукова С. И., Раскин Г. А., Манихас Г. М., Корзнев Д. А.</i>	
Метастатический саркоматоидный рак почки: опыт лечения в СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»	14
<i>Борисов П. С., Орлова Р. В., Манихас Г. М., Карлов П. А., Селезнева Л. Ю.</i>	
Эффективность применения схемы Ленватиниб–Эверолимус у больных метастатическим почечно-клеточным раком в 3-й и последующих линиях лечения: первый опыт применения в Северо-Западном федеральном округе	15
<i>Борисов П. С., Орлова Р. В., Манихас Г. М., Леоненков Р. В., Смирнов Р. В., Чернякова Е. М., Латипова Д. Х., Моисеенко В. М.</i>	
Влияние распространенности метастатического процесса и отдельных локализаций метастазов на результаты лечения больных диссеминированным раком почки	16
<i>Борисов П. С., Орлова Р. В., Школьник М. И., Карлов П. А.</i>	
Выбор оптимальной последовательности хирургического удаления метастазов и системной терапии в комбинированном лечении больных диссеминированным почечно-клеточным раком	17
<i>Борисов П. С., Орлова Р. В., Школьник М. И., Карлов П. А.</i>	
Пожилые возраст как фактор благоприятного прогноза комбинированного лечения больных метастатическим раком почки, получивших системную терапию в сочетании с хирургическим удалением метастазов	18
<i>Борисов П. С., Орлова Р. В., Школьник М. И., Карлов П. А.</i>	
The Benefit of Endoscopic Metastasectomy Compare to Open Surgery in Advanced Renal Cell Carcinoma (mRCC). Results of Multicentre Retrospective Trial	19
<i>Borison P. S., Orlova R. V., Shkolnik M. I., Manikhas G. M., Karlov P. A., Semenov D. V.</i>	
Роль организационных технологий вторичной профилактики рака женских половых органов на территории Челябинской области (на примере работы смотровых кабинетов)	20
<i>Бочкова А. Г., Доможирова А. С., Аксенова И. А.</i>	
Вопросы лечебной тактики при полном клиническом регрессе опухоли после неoadьювантной химиолучевой терапии у пациентов с раком дистальных отделов прямой кишки	21
<i>Васильев С. В., Седнев А. В., Ломтева Е. Ю., Попов Д. Е., Жураковский Н. Г., Клименко А. Н.</i>	
Опыт лечения аденомы и ранней аденокарциномы прямой кишки с помощью трансанальных малоинвазивных технологий	22
<i>Васильев С. В., Семенов А. В., Попов Д. Е., Савичева Е. С., Смирнова Е. В.</i>	
К вопросу об онкогенном потенциале порокератоза	23
<i>Вашкевич А. А., Резцова П. А., Разнатовский К. И., Зинькевич М. В.</i>	

Редкий случай имплантационного метастаза рака гортаноглотки после перкутанной эндоскопической гастростомии	24
<i>Ваишуров С. М., Анисимова А. В., Алексеева Д. А., Остринская Т. В.</i>	
Об актуальности создания отделений паллиативной медицинской помощи в структуре онкологических диспансеров	26
<i>Введенская Е. С., Палехов А. В.</i>	
Функциональные результаты резекции единственной почки.....	27
<i>Волкова М. И., Климов А. В., Фигурин К. М., Матвеев В. Б.</i>	
Роботические операции в хирургическом лечении рака прямой кишки	28
<i>Гладышев Д. В., Моисеев М. Е., Коваленко С. А., Гнедаш С. С.</i>	
Случай лечения гигантской опухоли шейного отдела пищевода.....	29
<i>Гунят Р. Я., Нагорная О. А., Куканов М. А., Остринская Т. В., Нураев Н. Б., Кесаев Т. С., Алексеева Д. А., Гаврилов П. С., Егорова А. О., Аболимова Е. Ю.</i>	
Связь экспрессии <i>IGFBP-6</i> с метаболическим синдромом, уровнем адипонектина и его рецепторами в колоректальных карциномах	30
<i>Димча А. А., Юнусова Н. В., Афанасьев С. Г.</i>	
Мультидисциплинарный подход в лечении больных с метастазами колоректального рака в печени.....	32
<i>Диникин М. С., Ханевич М. Д., Манихас Г. М., Гуляев Ю. А.</i>	
Между онкологическим стационаром и хосписом: роль городского многопрофильного стационара в оказании экстренной медицинской помощи пациентам с осложнениями онкологических заболеваний.....	33
<i>Дорофеев В. И., Найдёнов А. А., Беляева Е. Л.</i>	
Отдаленные результаты лечения рака околощитовидных желез	35
<i>Дружкова Н. Б., Афанасьева З. А., Чернышев В. А., Савельев В. В.</i>	
Прогнозирование течения и дифференциальный подход в лечении рака слизистой оболочки полости рта на основе анализа вирусной картины опухолевой ткани.....	36
<i>Ермакова Т. С., Кутукова С. И.</i>	
Мультидисциплинарный подход как путь к персонализированному лечению пациентов с метастатической меланомой в реальной клинической практике.....	37
<i>Жукова Н. В., Орлова Р. В., Антимоник Н. Ю., Кутукова С. И., Беляк Н. П., Попова Н. В., Эрдниева С. П., Зорина Е. Ю.</i>	
Опыт работы дневного стационара (онкологическое отделение № 10) СПб ГБУЗ ГКОД Санкт-Петербурга в комбинированном лечении больных раком молочной железы.....	38
<i>Заброда С. И., Раевская Н. А., Малых И. Ю., Юдин А. А., Крючков С. Б., Ханевич М. Д.</i>	
Хирургическая тактика лечения больных раком желудка при вариантной анатомии целиако-мезентериального бассейна	39
<i>Захаренко А. А., Вовин К. Н., Морозов А. Н.</i>	
Сравнение эффективности разных методик внутрибрюшной химиотерапии	40
<i>Захаренко А. А., Зайцев Д. А., Беляев М. А., Натха А. С.</i>	
Эффективный режим лапароскопической аэрозольной внутрибрюшинной химиотерапии	41
<i>Захаренко А. А., Натха А. С., Беляев М. А., Зайцев Д. А.</i>	
Мультидисциплинарность как основной вектор эволюции современной хирургической методологии	42
<i>Кащенко В. А.</i>	
Реализация междисциплинарного подхода в многопрофильном стационаре на примере лечения больных гастроинтестинальными стромальными опухолями.....	43
<i>Кащенко В. А., Орлова Р. В., Глузман М. И.</i>	

Мультимодальное лечение гепатоцеллюлярного рака ранней и промежуточной стадии.....	44
<i>Котив Б. Н., Дзидзава И. И., Алентьев С. А., Слободяник А. В., Смородский А. В., Солдатов С. А., Молчанов А. А., Аполлонов А. А., Махмудов К. И.</i>	
Голосовая реабилитация больных после полного удаления гортани с применением биологической обратной связи	45
<i>Красавина Е. А., Чойнзонов Е. Л., Балацкая Л. Н.</i>	
Предпосылки для создания шкалы риска infertilityности после риск-адаптированной терапии детей и подростков с лимфомой Ходжкина	46
<i>Курочкина Д. Н., Звягинцева Д. А., Кулева С. А., Иванова С. В., Цырлина Е. В.</i>	
Роль экспрессии PD-L1 в клетках плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта.....	47
<i>Кутукова С. И., Беляк Н. П., Раскин Г. А., Манихас Г. М., Иваськова Ю. В.</i>	
Современные эндоскопические методы диагностики и лечения предраковых изменений и раннего рака желудка	48
<i>Ларин Д. Б.</i>	
Опыт успешного хирургического лечения рака лёгкого IIIВ стадии после индукционной химио- и таргетной терапии (клинический случай)	54
<i>Левченко Е. В., Агеев А. Г., Левченко Н. Е., Максименко А. А., Беляева Т. В., Беляев А. Н., Кубеков И. Ю.</i>	
Выбор хирургической тактики при местно-распространенном раке толстой кишки у больных старших возрастных групп	55
<i>Майстренко Н. А., Сазонов А. А.</i>	
Маммографический скрининг рака молочной железы в Санкт-Петербурге: 10 лет	56
<i>Манихас Г. М., Борисов П. С., Агеева А. О., Сафронова О. Б., Худякова Е. Г.</i>	
Опыт применения интраоперационной лучевой терапии после неoadъювантной системной терапии рака молочной железы	57
<i>Манихас А. Г., Гринёв И. А., Оганесян А. С., Чикризов С. И., Манихас Г. М.</i>	
Перспективы химиотерапевтического лечения трижды негативного рака молочной железы в Санкт-Петербургском городском клиническом онкологическом диспансере	58
<i>Манихас Г. М., Манихас А. Г., Бабешкин Р. Н., Шемеровский А. К., Гринёв И. А., Скворцов В. А., Оганесян А. С.</i>	
Эрибулин в лечении пациенток с метастатическим раком молочной железы: опыт Санкт-Петербургского городского клинического онкологического диспансера.....	59
<i>Манихас А. Г., Раевская Н. В., Оганесян А. С., Коткова Т. Н., Гринёв И. А., Сулягина В. А., Иткин И. М., Беляева О. А., Красноперова А. В., Манихас Г. М.</i>	
Эффективность неoadъювантной системной терапии трижды негативного рака молочной железы.....	60
<i>Манихас А. Г., Шемеровский А. К., Бабешкин Р. Н., Гринёв И. А., Пасекова Д. С., Манихас Г. М.</i>	
Эффективность двойной таргетной блокады в комбинации с химиотерапией в неoadъювантном режиме при HER2-позитивном раке молочной железы.....	61
<i>Манихас А. Г., Шемеровский А. К., Гринёв И. А., Бабешкин Р. Н., Манихас Г. М.</i>	
Обоснование необходимости перевода всей онкологической службы осуществлять расчеты аналитических показателей только по базам данных популяционных раковых регистров	62
<i>Мерабшвили В. М.</i>	
Болевой синдром у онкологического пациента (клинический случай из практики).....	63
<i>Мочалов А. А.</i>	
Мультидисциплинарный подход к лечению осложнений лучевой терапии	64
<i>Николаева Е. Н., Филатова Е. И.</i>	

Популяционная оценка выживаемости больных злокачественными новообразованиями гепатопанкреатодуоденальной зоны за 10 лет.....	66
<i>Новикова Т. С., Доможирова А. С., Аксенова И. А.</i>	
Мультидисциплинарный подход к лечению онкологических пациентов	67
<i>Орлов А. Е., Исакова Г. Н., Чуйкова А. Ю., Н. В. Тиханова</i>	
Опыт применения ингибитора контрольных точек иммунного ответа ниволумаба в реальной клинической практике	68
<i>Орлова Р. В., Авраменко И. В., Борисов П. С., Эрдниева С. П., Жукова Н. В.</i>	
Успешный случай терапии пациентки с синдромом Эрдгейма–Честера с поражением трахеобронхиального дерева.....	70
<i>Орлова Р. В., Антимоник Н. Ю., Нагорная О. А., Пасекова Д. С., Савостьянов Т. Ф., Алёшина Н. В., Левина А. С.</i>	
Роль дополнительных прогностических факторов при назначении адъювантной химиотерапии рака ободочной кишки.....	72
<i>Орлова Р. В., Раскин Г. А., Иванова А. К., Кутукова С. И.</i>	
Возможности первичной реконструкции пищевого пути при злокачественных опухолях гортаноглотки и шейного отдела пищевода	73
<i>Остринская Т. В., Жуманкулов А. М., Анисимова А. В.</i>	
Хирургия спасения в лечении орофарингеального рака: за и против	75
<i>Остринская Т. В., Жуманкулов А. М.</i>	
Пути оптимизации организационно-финансового механизма обеспечения пациентов наркотическими средствами и психотропными веществами	76
<i>Палехов А. В., Введенская Е. С.</i>	
Диагностика прогрессирования процесса при радикальном лечении колоректального рака.....	77
<i>Пискунов В. П.</i>	
Послеоперационные внутрибрюшные осложнения рака ободочной кишки	78
<i>Пискунов В. П.</i>	
Диагностика внутрипротоковой патологии молочной железы методом дуктографии: собственный опыт	79
<i>Попов Е. А., Сафронова О. Б., Огороднова О. В., Саушева Е. А., Павлов Ю. В.</i>	
Опыт диагностики рака <i>in situ</i> молочной железы в СПб ГБУЗ ГКОД.....	80
<i>Попов Е. А., Сафронова О. Б., Огороднова О. В., Саушева Е. А., Павлов Ю. В.</i>	
Опыт применения МР-галактографии в комплексной диагностике внутрипротоковой патологии молочной железы	81
<i>Попов Е. А., Петрова А. С., Сафронова О. Б., Огороднова О. В., Чебышева О. А., Бусько Е. А., Чёрная А. В., Павлов Ю. В.</i>	
Современные возможности и проблемные аспекты диагностики и лечения нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы	82
<i>Ромашенко П. Н., Майстренко Н. А., Орлова Р. В., Лысанюк М. В., Иванова А. К.</i>	
Особенности ультразвукового изображения при карциноме из клеток Меркеля.....	83
<i>Сафронова О. Б., Попов Е. А.</i>	
Ультразвуковая диагностика меланомы кожи	84
<i>Сафронова О. Б., Попов Е. А.</i>	
Диагностика и тактика лечения медуллярного рака щитовидной железы	85
<i>Семенов А. А., Бузанаков Д. М., Черников Р. А., Слепцов И. В., Макарьян В. А., Успенская А. А., Тимофеева Н. И., Чинчук И. К., Карелина Ю. В., Новохионов К. Ю., Федоров Е. А., Малюгов Ю. Н., Саблин И. В., Горская Н. А., Федотов Ю. Н., Бубнов А. Н.</i>	

Циклин D1 и планирование эндокринотерапии рака молочной железы у женщин в менопаузе: 5 лет наблюдения	86
<i>Скворцов В. А., Манихас А. Г., Раскин Г. А., Манихас Г. М.</i>	
Значение вакуумно-аспирационной биопсии для диагностики рака молочной железы 3-й и 4-й категории по шкале BIRADS	87
<i>Скурихин С. С., Суворова Ю. В., Чагунава О. Л.</i>	
Тактика лечения больных местно-распространенным раком органов малого таза.....	88
<i>Соловьев И. А., Суворов Д. А., Васильченко М. В., Лычёв А. Б., Кошелев Т. Е.</i>	
Бисфосфонатный остеонекроз челюстей как осложнение антирезорбтивной терапии у онкобольных	90
<i>Спевак Е. М., Христофорандо Д. Ю.</i>	
Артериальная эмболизация в лечении местно-распространенной злокачественной опухоли верхней челюсти, осложненной кровотечением (клинический случай)	91
<i>Суворова Ю. В.</i>	
Суперселективная эмболизация для остановки кровотечения при рецидиве опухоли почки в сочетании с ишемической болезнью сердца на фоне антиагрегантной терапии (клинический случай)	92
<i>Суворова Ю. В.</i>	
Реабилитация и паллиативное лечение онкологических больных на основе междисциплинарного подхода	93
<i>Суворова Ю. В., Баллюзек М. Ф., Чагунава О. Л.</i>	
Непосредственные результаты лечения рака пищевода с применением неoadъювантной химиотерапии.....	94
<i>Урмонов У. Б., Афанасьев С. Г., Добродеев А. Ю.</i>	
Организационно-правовые аспекты оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями	95
<i>Фалчари С. М.</i>	
Психологическая реабилитация онкологических больных после радикального противоопухолевого лечения	96
<i>Федоренко М. В., Афанасьева З. А., Акберов И. Г.</i>	
Адренокортикальный рак, мультидисциплинарный подход к лечению	97
<i>Федоров Е. А., Черников Р. А., Слепцов И. В., Чинчук И. К., Саблин И. В., Федотов Ю. Н., Бубнов А. Н.</i>	
Применение химиоэмболизации маточных артерий как 1-го этапа в лечении пациенток с III–IV стадией рака шейки матки.....	98
<i>Филатова Е. И., Дятчина Е. В., Былинская Е. Н., Алаберг С. Д., Бакадорова Н. В.</i>	
Пятилетние результаты работы мультидисциплинарной комиссии при лечении рака прямой кишки	99
<i>Фридман М. Х., Хазов А. В., Белоус К. Е., Трофимец М. И., Зорина Е. Ю., Бакадорова Н. В., Смирнова И. И.</i>	
Профилактика массивной интраоперационной кровопотери при обширных резекциях печени по поводу метастазов колоректального рака.....	101
<i>Хайс С. Л., Мамонтов К. Г., Варнавский Е. В., Мамонтов А. К.</i>	
Мультидисциплинарный подход в лечении пациентов с опухолями забрюшинного пространства....	102
<i>Ханевич М. Д., Мусатов К. Ю., Ваикуров С. М.</i>	
Лечение больных раком желудка, отягощенных сердечно-сосудистой патологией и анемией	103
<i>Ханевич М. Д., Юрьев Е. Ю., Гитарович М. А., Карасева Н. А., Кесаев Т. С., Полежжаев Д. А., Гунят Р. Я., Федоров Е. С., Егорова И. В., Барышников Е. С., Алборов А. Э.</i>	

Современные эндоскопические методы лечения опухолей щитовидной железы	104
<i>Чинчук И. К., Семенов А. А., Черников Р. А., Слепцов И. В., Макарьин В. А., Успенская А. А., Тимофеева Н. И., Карелина Ю. В., Новокшионов К. Ю., Федоров Е. А., Малюгов Ю. Н., Саблин И. В., Горская Н. А., Федотов Ю. Н., Бубнов А. Н.</i>	
Голосовая реабилитация. Все ли так просто?	105
<i>Шинкарев С. А., Болдырев С. В., Сеницын Ю. И., Подольский В. Н., Загадаев А. П., Абдурашидов З. И.</i>	
N-стадирование рака легкого: от КТ до ВМЛА.....	106
<i>Яблонский П. К., Козак А. Р., Нефедов А. О., Васильев И. В., Скороход А. А.</i>	
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ	107

Оптимизация методики фармакотерапии больных гастроинтестинальными стромальными опухолями в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского

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

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимирского», Москва

Цель

Увеличение эффективности проводимой терапии Иматинибом у пациентов с локализованными и генерализованными формами гастроинтестинальной стромальной опухоли (ГИСО) путем персонализированного подхода с учетом концентрации активных метаболитов Иматиниба в плазме крови.

Материалы и методы

Терапию Иматинибом проводили пациентам с морфологически верифицированным диагнозом ГИСО в дозе 400 мг/сут перорально ежедневно. Исследование концентрации активных метаболитов Иматиниба в плазме крови проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с детекцией методом тандемной масс-спектрометрии. Пациентам, в крови которых уровень концентрации активных метаболитов был ниже терапевтического, выполняли эскалацию суточной дозы Иматиниба до 600 мг или 800 мг с последующей оценкой эффективности оптимизации методики лекарственной терапии.

Результаты

С сентября 2013 г. по май 2017 г. в исследовании участвовал 71 пациент. Медиана общей выживаемости у больных с локализованными формами

заболевания составила 48 мес, при медиане прослеженности — 13 мес, средняя продолжительность жизни — 19,5 мес. Медиана общей выживаемости у больных с генерализованными формами заболевания составила 83,3 мес, при медиане прослеженности — 30,7 мес, средняя продолжительность жизни — 43,6 мес. Медиана безрецидивной выживаемости у больных с локализованными формами заболевания составила 42 мес, при медиане прослеженности — 13 мес, средний безрецидивный период — 15,4 мес. Медиана безрецидивной выживаемости больных с генерализованными формами заболевания составила 79,9 мес, при медиане прослеженности — 24 мес. Такая разница показателей продолжительности жизни в этих группах может объясняться тем, что время наблюдения за пациентами с генерализованными формами ГИСО составила 8 лет, а за пациентами с локализованными формами — 5 лет.

Выводы

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

Междисциплинарные обсуждения при диагностике и лечении больных раком легкого

Аникин В. А.

Department of Thoracic Surgery, Harefield Hospital, The Royal Brompton and Harefield Hospital NHS Foundation Trust, London, United Kingdom

Актуальность

Принятие правильного решения в определении плана лечения больных раком лёгкого является задачей первостепенной важности.

Цель

Анализ принципов междисциплинарного обсуждения больных раком лёгкого с обзором соответствующей литературы.

Материалы и методы

Представлен личный опыт участия в междисциплинарных обсуждениях больных раком лёгкого в больницах Соединённого Королевства, а также анализ данных литературы о проведении подобных конференций в различных странах с прогнозом развития и оптимизации их работы.

Результаты

Междисциплинарные конференции по обсуждению больных раком лёгкого организованы еженедельно. Число обсуждаемых больных — 10–40. Продолжительность обсуждения — 1–3,5 ч. Число хирургических направлений на каждой конференции варьирует от 3 до 7. Годовая выживаемость больных раком лёгкого в зоне обслуживания — 16,1–30,5%.

Выводы

Междисциплинарные обсуждения являются важной составляющей лечения больных раком лёгкого. Рекомендуется следовать основным принципам коллегиального подхода. Обсуждения должны учитывать, прежде всего, местные условия и интересы больных.

Кардиоонкология как составляющая онкологической реабилитации: современное состояние вопроса и перспективы развития

Баллюзек М. Ф., Машкова М. В.

ФГБУ «Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук», Санкт-Петербург

Актуальность

Кардиоонкология — новая дисциплина, призванная осуществлять скрининг, мониторинг, диагностику и терапию сердечно-сосудистой патологии у онкологических пациентов во время и после противоракового лечения. Достигнутые успехи лечения раковых и кардиологических заболеваний, общие механизмы их развития и факторы риска, а также постарение населения привели к значительному увеличению количества больных с сочетанной, или даже конкурирующей, патологией, лечение которых часто требует подходов, не предусмотренных имеющимися стандартами. Это предполагает тесное взаимодействие онкологов и кардиологов для создания междисциплинарной команды с целью выбора тактики ведения пациентов не только в период активного противоракового лечения, но и на всех этапах наблюдения, в том числе и на этапе онкологической реабилитации.

Материалы и методы

К основным задачам кардиоонкологии относят следующие.

- Ведение пациентов с впервые выявленным онкологическим диагнозом на этапах подготовки к противораковому лечению, что предполагает оценку риска развития кардиотоксичности и/или ухудшения течения сердечно-сосудистой патологии, разработку плана профилактических и лечебных мер в случаях возможных кардиальных осложнений. Часто на этом этапе требуется углубленная диагностика и лечение заболеваний сердца с использованием эндоваскулярных или даже кардиохирургических методов. Основным в таких случаях становится вопрос о последовательности онкологических и кардиологических мероприятий и, возможно, их гибридном варианте.
- Кардиоваскулярный мониторинг в период противоракового лечения необходим в первую очередь для своевременной и адекватной терапии развившейся острой или

ухудшения течения хронической сердечной недостаточности, что предполагает оценку ее тяжести с применением современных методов диагностики и лечения. Однако безопасность и правила назначения различных групп антитромботических препаратов и их сочетаний для профилактики и лечения внутрисосудистых тромбозов, имплантационных устройств, тромбоэмболических осложнений, нарушений ритма у онкологических больных практически не изучены. Нерешенной проблемой на этом этапе остается вопрос абсолютных и относительных показаний к прекращению специфической терапии у пациентов с бессимптомной дисфункцией миокарда.

- Длительный кардиоваскулярный мониторинг после противоракового лечения необходим, так как при наблюдении за большими когортами излеченных детей, а также взрослых с раком легких, молочной железы, лимфомами доказано, что основной причиной их смерти в последующем становятся именно сердечно-сосудистые заболевания. Наряду с последствиями кардиотоксичности, это еще раз является свидетельством общности патогенетических механизмов и факторов риска двух, ранее считавшихся абсолютно разными, групп заболеваний. До настоящего времени также не определены длительность такого мониторинга и кратность его проведения.

Выводы

Все эти и множество других нерешенных проблем является предметом совместной деятельности онкологов и кардиологов в рамках нового направления — кардиоонкологии. На принципах оказания междисциплинарной медицинской помощи должна формироваться специализированная кардиоонкологическая команда, призванная участвовать, в том числе, и в реабилитационных мероприятиях у онкологических больных.

Клинико-морфологические особенности муцинозного подтипа колоректального рака

Беляк Н. П.¹, Кутукова С. И.^{1,2}, Манихас Г. М.^{1,2},
Жукова Н. В.¹, Попова Н. В.¹, Эрдниев С. П.¹

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Муцинозный рак представляет собой редкую и особую форму колоректального рака, обнаруженного у 10–15% пациентов. Дискуссия о прогностических последствиях муцинозной опухоли у пациентов с колоректальным раком все еще продолжается.

Цель

Анализ клинико-морфологических особенностей муцинозного подтипа колоректального рака.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ данных 40 пациентов с верифицированным диагнозом муцинозного рака ободочной кишки, 12 (30%) мужчин и 28 (70%) женщин. У 11 (27,5%) пациентов первичная опухоль локализовалась в правом фланге ободочной кишки, у 29 (72,5%) — в левом. 24 (60%) пациента имели метастатический процесс, причем у 16 (66,7%) было зарегистрировано поражение брюшины. Только 24 (60%) пациента имели сывороточный уровень РЭА в пределах нормы. 9 (22,5%) пациентов не получали циторедуктивного хирургического вмешательства, 12 (30%) было произведено одно, а 19 (47,5%) — два и более вмешательства.

Результаты

Медиана общей выживаемости (ОВ) составила 60 мес (95% ДИ 29–109 мес). При построении модели Кокса зависимости ОВ от возраста пациентов, локализации опухоли, критерия *T*, локализации метастазов, уровня сывороточного РЭА и циторедуктивного хирургического вмешательства выявлена статистическая достоверность всей модели — $p=0,0067$. Достоверное влияние на ОВ у пациентов оказали метастатическое поражение брюшины ($p=0,0173$) и циторедуктивное хирургическое вмешательство ($p=0,0133$). Медиана ОВ у пациентов, которым циторедуктивное хирургическое вмешательство не проводилось, составила 24 мес (95% ДИ 13–28 мес); медиана ОВ у пациентов, которым было проведено только одно вмеша-

тельство, — 109 мес (95% ДИ от 24 мес); медиана ОВ у пациентов, которым проводили два и более вмешательства, еще не достигнута (разность достоверна, $p=0,0105$). Медиана ОВ у пациентов без метастатического поражения брюшины составила 109 мес и достоверно ($p=0,0206$) отличалась от медианы ОВ у пациентов с ее поражением — 41 мес (95% ДИ 28–52 мес). Поражение правого или левого фланга ободочной кишки значимого влияния на выживаемость не оказало ($p=0,6502$). Однако медиана ОВ у пациентов с поражением правого фланга еще не достигнута, а у пациентов с поражением левого фланга — 52 мес (95% ДИ 29–109 мес). Уровень РЭА на этапе исходной оценки также не оказал значимого влияния на выживаемость пациентов ($p=0,1268$), однако медиана ОВ у пациентов с нормальным уровнем РЭА составила 109 мес (95% ДИ от 41 мес) vs 52 мес (95% ДИ 24–60 мес). Пациенты с отсутствием метастатического висцерального поражения также имели тренд к более высоким показателям ОВ ($p=0,3961$), — медиана ОВ еще не достигнута. Медиана ОВ у пациентов с метастатическим поражением внутренних органов составила 52 мес (95% ДИ 29–109 мес). Проведенный анализ также не позволил выявить достоверного влияния перитонэктомии на ОВ ($p=0,5487$). Не было получено и достоверных данных о влиянии демографических показателей — возраста и пола пациентов на их ОВ. Анализ влияния пола пациентов позволил выявить уверенный тренд в лучшей выживаемости мужчин по сравнению с женщинами, однако полученные данные статистически недостоверны ($p=0,48170$). Анализ возрастных подгрупп показал, что пациенты молодого возраста имеют более высокие показатели выживаемости по сравнению с пациентами старших возрастных групп, однако данные различия статистически недостоверны ($p=0,3341$).

Выводы

Гистологический муцинозный подтип колоректального рака является уникальным прогностическим фактором в течении злокачественных аденокарцином толстой кишки.

Молекулярный профиль глиобластомы как перспектива таргетной терапии

Беляк Н. П.¹, Кутукова С. И.^{1,2}, Раскин Г. А.³, Манихас Г. М.^{1,2}, Корзенев Д. А.⁴

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

³ ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А. М. Гранова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

⁴ ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», Санкт-Петербург

Актуальность

Глиобластома является одной из наиболее злокачественных форм в онкологии, для которой не обнаружено в настоящее время стандарта эффективной терапии. Хотя многочисленные геномные исследования определили довольно широкий список генных изменений в глиобластоме, их роль в прогрессировании и течении процесса остается в значительной степени еще неизвестной.

Цель

Изучение частоты выявления в глиобластомах ключевых факторов инициации, инвазивности, пролиферации и резистентности опухолевых клеток для понимания возможности терапевтического нацеленного воздействия.

Материалы и методы

Были исследованы образцы опухолей 31 пациента с глиобластомой (15 мужчин, 16 женщин, средний возраст — 55 лет). В работе проанализированы демографические данные, клинические характеристики опухолей и наличие следующих ИГХ-маркеров: *EGFR*, *EGFR-VIII*, *HER2/neu*, *D2-40*, *IL-13R*, *EphA2*, *CD-133*. Только 25 образцов были приемлемыми для выполнения всех тестов.

Результаты

Известно, что амплификация/гиперэкспрессия гена рецептора эпидермального фактора роста (*EGFR*) в качестве сигнатурной генетической аномалии опухолей глиобластомы может быть механизмом химиорезистентности и прогнозировать время рецидива у пациентов. Выраженность экспрессии *EGFR* в нашем исследовании варьировала от 0 до 90% при $M=57,38 \pm 7,60$ (95%

ДИ 30–90), медиана экспрессии *EGFR* составляла 70%. Выявление *EGFR-VIII* (наличие мутантного *EGFR*) варьировало от 0 до 90% при $M=40,52 \pm 8,92$ (95% ДИ 0–80), медиана экспрессии *EGFR-VIII* составляла 10%. В литературе также показано, что тирозинкиназа рецептора *EphA2* (*RTK*) связана с прогрессированием опухоли, агрессивным распространением и плохим прогнозом у пациентов с глиобластомой. *D2-40*-антитело, которое участвует в процессе развития и дифференцировки нейронных клеток, может быть маркером для выявления человеческих нервных стволовых клеток. Иммунореактивность *D2-40* (выраженность экспрессии) варьировалась от 0 до 90% при $M=48,81 \pm 6,67$ (95% ДИ 34,89–62,73), медиана экспрессии *D2-40* составляла 60%. *IL-13R α 2* индуцирует инвазивность клеток глиобластомы человека, не влияя на их пролиферацию. Выраженность экспрессии *IL-13R α 2* варьировалась от 0 до 80% при $M=26,67 \pm 7,12$ (95% ДИ 11,82–41,51), медиана экспрессии *IL-13R α 2* составляла 10%. Маркер клеточной дифференцировки (*CD-133*) является также кандидатом для определения стволовых опухолевых клеток. Гиперэкспрессия *CD-133* была обнаружена только в трех образцах: в 2 случаях экспрессия составляла 50%, в 1 случае — 90%. Гиперэкспрессия эпидермального фактора роста 2-го типа (*HER2/neu*) не была обнаружена ни у одного пациента.

Выводы

Определение внутриопухолевой гетерогенности с использованием молекулярных маркеров может быть важным инструментом эффективно управления и индивидуализации в лечении пациентов с глиобластомой.

Метастатический саркоматоидный рак почки: опыт лечения в СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер»

Борисов П. С.¹, Орлова Р. В.^{1,2}, Манихас Г. М.¹, Карлов П. А.¹, Селезнева Л. Ю.¹

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

Актуальность

Лечение метастатического саркоматоидного рака почки ассоциировано с более низкой выживаемостью. Применение схемы Гемзар+Цисплатин (ГС) является методом выбора в лечении данной группы больных. Достоверность результатов ограничена малым количеством наблюдений.

Цель

Оценка эффективности схемы ГС в лечении больных с данной патологией.

Материалы и методы

В анализ были включены 22 больных метастатическим саркоматоидным раком почки, которые получили лечение в СПб ГБУЗ ГКОД с 2015 по 2018 г. Критерий включения — наличие саркоматоидного компонента опухоли по данным гистологического исследования. Результаты последнего пересматривали повторно у всех больных моложе 40 лет или с отягощённой наследственностью. Всем больным была выполнена нефрэктомия: у 17 — радикальная, у 5 — циторедуктивная. Метастазы выявлены в двух органах и более. Распределение по общесоматическому статусу

по шкале ECOG: 0 — 10 больных, 1 — 7 пациентов, 2 и более — 5. Начало противоопухолевого системного лечения проводили при наличии метастатического процесса и при отсутствии технических возможностей выполнения полной циторедукции отдаленных метастазов. Лечение проводили до прогрессирования с оценкой динамики каждые 2,5–3 мес. Контрольной точкой была медиана времени до прогрессирования.

Результаты

Медиана времени до прогрессирования составила 6,7 (3–15) мес. Среднее число циклов лечения — 9,2 (5–22). Наиболее частым ответом на лечение была стабилизация, зафиксированная у 15 (68,2%) человек, частичный регресс выявлен у 2 (9,1%), прогрессирование — у 5 (22,7%).

Выводы

Использование схемы ГС у больных с данной патологией на сегодняшний день является единственным эффективным методом лечения. Требуется сравнительные исследования для поиска новых методов лекарственной противоопухолевой терапии.

Эффективность применения схемы Ленватиниб–Эверолимус у больных метастатическим почечно-клеточным раком в 3-й и последующих линиях лечения: первый опыт применения в Северо-Западном федеральном округе

Борисов П. С.¹, Орлова Р. В.¹, Манихас Г. М.¹, Леоненков Р. В.², Смирнов Р. В.², Чернякова Е. М.³, Латипова Д. Х.⁴, Моисеенко В. М.²

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)», Санкт-Петербург

³ ГБУЗ «Республиканский онкологический диспансер», Петрозаводск

⁴ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

В течение последних 10 лет тенденции в лечении метастатического почечно-клеточного рака претерпели значительные изменения. Использование препаратов таргетной терапии (ТТ) позволило увеличить медиану общей выживаемости до 25–30 мес. В мировой литературе имеются данные о длительном ответе на проводимую ТТ в первых двух линиях. Эффективность применения ТТ в 3-й и последующих линиях значительно снижается. Так, медиана времени до прогрессирования (мВДП) не превышает 5,5 мес, а достигнутый лечебный ответ на проведенное лечение — стабилизация. Частота положительных лечебных ответов в 3-й и последующих линиях не превышает 50%. Многократное повышение мВДП во 2-й линии при ТТ по схеме Ленватиниб–Эверолимус (ЛенЭв) до 14 мес послужило толчком для исследования данной схемы в 3-й и последующих линиях лечения.

Цель

Оценка эффективности схемы ЛенЭв в 3-й и последующих линиях лечения больных с данной патологией в сравнении с больными, получавшими другие препараты ТТ.

Материалы и методы

В исследование включены 17 больных, из них 7 получали схему ЛенЭв (группа исследования), остальные 10 — другие препараты ТТ (контрольная группа): Сорафениб ($n=4$), Эверолимус ($n=3$), Акситиниб ($n=2$), Пазопаниб ($n=1$). В исследуемой группе схему ЛенЭв применяли в 3-й линии у 5 больных, в 4-й — у 2. Средний возраст в группе ЛенЭв — 55 (46–63) лет, в контрольной — 62 (44–73) года. Распределение по полу, стороне по-

ражения первичной опухоли в группах не отличалось. Всем больным до начала лечения было выполнено хирургическое лечение по удалению первичной опухоли почки. Перед началом лечения процесс был диссеминированным и поражал три органа и более. Первичной контрольной точкой была оценка частоты лечебных ответов (полный, частичный и стабилизация) на проведенное лечение в 3-й и последующих линиях лечения.

Результаты

Частота лечебных ответов (стабилизация или частичной регресс) в группе ЛенЭв составила 57,1%. В 3 (42,8%) случаях был получен объективный ответ в виде частичного регресса контрольных очагов, в одном (15,1%) — стабилизация. В 3 случаях (42,8%) лечебного ответа получено не было, прогрессирование наступило в течение первых 3 мес. 3 (42,8%) больных из 7 продолжают лечение по данной схеме в течение уже более 6 мес. В контрольной группе частота лечебных ответов достигла 40%. Во всех случаях лечебным ответом была стабилизация процесса. У 6 (60%) из 10 больных прогрессирование продолжалось в течение 10 мес. Только 2 пациента в контрольной группе получали ТТ в течение более 6 мес, достигнув максимальной длительности ответа в 11 мес у 1 пациента.

Выводы

Применение схемы ЛенЭв в 3-й и последующих линиях ТТ показывает лучшие результаты в сравнении с другими препаратами. Возможность достижения объективных ответов, на наш взгляд, является главной рекомендацией для использования этой схемы в лечении данной патологии.

Влияние распространенности метастатического процесса и отдельных локализаций метастазов на результаты лечения больных диссеминированным раком почки

Борисов П. С.¹, Орлова Р. В.^{1,2}, Школьник М. И.³, Карлов П. А.¹

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

³ ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А. М. Гранова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Данные мировой научной литературы свидетельствуют об увеличении медианы общей выживаемости (МОВ) у больных метастатическим почечно-клеточным раком (мПКР) до 30 мес. Однако существуют группы больных, результаты лечения которых либо превышают, либо, наоборот, не достигают среднего показателя. Вероятно, различия ассоциированы как со степенью распространенности опухолевого процесса, так и с присутствием отдельных локализаций метастазов.

Цель

Выявление локализации метастатических очагов, позитивным и негативным образом влияющих на МОВ у больных мПКР, и определение роли распространенности процесса в отношении данного показателя.

Материалы и методы

В анализ включены 147 больных, получавших специфическое лечение мПКР. Распределение по локализации метастазов: легкие — $n=103$, кости — $n=41$, отдаленные лимфоузлы — $n=33$, регионарные лимфоузлы и рецидив в ложе — $n=26$, надпочечник — $n=21$ и редкие локализации метастазов ПКР — $n=19$. Мы оценивали

МОВ у больных в зависимости от локализации метастазов, а также в зависимости от их распространенности.

Результаты

В исследовании наибольшая значимость была достигнута в отношении распространенности мПКР ($p<0,007$). Так, МОВ при поражении одного органа составила 34 мес, двух — 30, а трех и более не превысила 17 мес. Оценка локализации метастазов выявила наименьшую МОВ в отношении метастазов в печень ($p=0,03$) и рецидива в ложе ($p=0,03$) — 17 и 18 мес соответственно. МОВ при отсутствии поражения данных локализаций составила 30 мес. МОВ редких локализаций метастазов составила 35 мес, а в случае их отсутствия — 28 ($p=0,05$).

Выводы

Распространенность процесса мПКР определена как наиболее значимая характеристика, которую стоит учитывать при построении плана лечения больных мПКР. Метастазы в печень и ложе почки являются неблагоприятным признаком, значимо снижающим МОВ. Редкие локализации метастазов свидетельствуют о менее агрессивном течении болезни.

Выбор оптимальной последовательности хирургического удаления метастазов и системной терапии в комбинированном лечении больных диссеминированным почечно-клеточным раком

Борисов П. С.¹, Орлова Р. В.^{1,2}, Школьник М. И.³, Карлов П. А.¹

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

³ ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А. М. Гранова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Хирургическое удаление всех метастатических очагов (полная циторедукция — пЦР) увеличивает медиану общей выживаемости (МОВ) до 40–50 мес, показывая эффективность выше современного противоопухолевого лечения (системная терапия, СТ). При диссеминированном процессе пЦР невозможен и основным методом лечения является СТ. Немногочисленные литературные данные указывают на возможную эффективность комбинированного лечения метастатического почечно-клеточного рака (мПКР), сочетающего удаление метастазов в одном органе при наличии резидуальной опухолевой ткани в других (неполная (нЦР) циторедукция) и СТ. Однако рекомендации по оптимальной последовательности применения этих методов в комбинированном лечении мПКР отсутствуют.

Цель

Повышение МОВ за счет применения оптимальной последовательности нЦР и СТ в комбинированном лечении больных мПКР.

Материалы и методы

В исследовании участвовали 47 больных мПКР, которым проведено комбинированное ле-

чение с 2011 по 2015 г. Больные распределены на две группы: 1-я — 27 пациентов, которым на 1-м этапе проводили СТ с последующей нЦР; 2-я — 20 больных, которым нЦР выполняли до начала СТ. При прогрессировании болезни пациентам проводили следующую линию СТ согласно рекомендациям.

Результаты

МОВ всей группы больных ($n=47$) — 32 мес. Статистически значимых различий характеристик больных в обеих группах выявлено не было.

Показатель медианы времени до прогрессирования был выше во 2-й группе, составив 14 мес, в 1-й группе — 11 мес ($p=0,03$). Так, МОВ во 2-й группе была выше на 15 мес с длительностью 46 мес в сравнении с 31 мес в 1-й группе ($p=0,008$).

Выводы

Неполная циторедукция может быть использована как этап комбинированного лечения у больных мПКР. При выборе данного метода нЦР должна рассматриваться как первый этап лечения с последующей СТ.

Пожилой возраст как фактор благоприятного прогноза комбинированного лечения больных метастатическим раком почки, получивших системную терапию в сочетании с хирургическим удалением метастазов

Борисов П. С.¹, Орлова Р. В.^{1,2}, Школьник М. И.³, Карлов П. А.¹

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

³ ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А. М. Гранова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

По данным анализа немногочисленной литературы, пожилой возраст не ассоциирован со снижением выживаемости при стандартных методиках противоопухолевого лечения. Тем не менее, в практической онкологии он ассоциирован с худшей переносимостью лечения и низкими показателями выживаемости в сравнении с более молодыми больными. Так ли это на самом деле?

Цель

Оценка влияния агрессивных комбинированных методик (хирургическое удаление отдаленных метастазов и системной терапии) у больных метастатическим почечно-клеточным раком (мПКР) разных возрастных групп на результаты лечения.

Материалы и методы

Из 47 больных мПКР, получавших специфическое комбинированное лечение в виде хирургического удаления метастазов (частичная метастазэктомия или неполная циторедукция) и системную терапию, 12 человек (1-я группа) были в возрасте менее 55 лет, 20 (2-я группа) — 55–65 лет, 15 (3-я

группа) — старше 65 лет. Из 47 человек 15 получили лечение цитокинами, а 32 — препаратами таргетной терапии. Распределение лекарственных средств по возрастным группам было равномерным. В исследовании оценивали медиану времени до прогрессирования в 1-й линии (МВДП) и медиану общей выживаемости (МОВ).

Результаты

МОВ составила 31 мес. Распределение МВДП составило 7, 16 и 13 мес в порядке увеличения возрастных групп ($p=0,04$). МОВ в 1-й группе была вдвое ниже, чем в 3-й группе, — 19 и 36 мес соответственно ($p=0,03$). Во 2-й группе МОВ составила 33 мес.

Выводы

Пожилой возраст больных мПКР не является противопоказанием для использования современных, в том числе и максимально агрессивных, лечебных методик, включающих хирургическое лечение. Более того, возраст старше 65 лет является благоприятным фактором прогноза более длительного ответа больных на лечение и длительной МОВ.

The Benefit of Endoscopic Metastasectomy Compare to Open Surgery in Advanced Renal Cell Carcinoma (mRCC). Results of Multicentre Retrospective Trial

Borisov P. S.¹, Orlova R. V.^{1,2,3}, Shkolnik M. I.⁴,
Manikhas G. M.¹, Karlov P. A.¹, Semenov D. V.¹

¹ Saint-Petersburg City Oncology Clinic, Saint Petersburg

² Saint-Petersburg State University, Saint Petersburg

³ L. G. Sokolov Clinical Hospital № 122, Saint Petersburg

⁴ Russian Scientific Center of Radiology and Surgical Technologies, Saint Petersburg

Relevance

The sharp intense of survival from 6 to 30 months in mRCC patients is associated with new era of systemic treatment. There are two different drug types to cure advanced kidney cancer: targeted therapy and immunotherapy. Nevertheless, complete surgical metastasis removing shows twice longer survival in comparison to modern treatment. There is a question whether it is possible to combine surgery and systemic treatment in mRCC patients who couldn't be candidates for complete metastasectomy, but can receive incomplete metastasis removal. The second question dedicated to the long-term results of endoscopic compare to open surgery. The aim of the retrospective multicentre study was to compare long-term results (overall survival) of minimally invasive (endovideosurgery) to conventional open metastasectomy in combined treatment of mRCC.

Materials and methods

47 mRCC patients were included in retrospective trial. Metastasis distributed in different sites: lungs ($n=8$), distant lymph nodes (LN) ($n=11$), regional LN

(RLN), relapse ($n=7$), adrenal ($n=6$) and uncommon sites ($n=8$). All patients underwent incomplete metastasectomy (iME) with following targeted treatment. The endovideosurgical methodics had been provided in 20 cases (study group) and 27 patients received conventional open ME (control group). The primary end-point was median overall survival (mOS).

Results

Results: The study has reached its statistical significance ($p=0,01$). The mOS in study group reached 35 months compare to 28 months in open surgery. Also there had been a prevalence in early rehabilitation after minimally invasive surgery: 8 days and 15 days after open ME ($p=0,008$). We found out that the study group patients received targeted treatment earlier then after open surgery methodic: 17 и 28 days, respectively ($p=0,003$).

Conclusion

Endovideosurgical metastasectomy is promising method in combined treatment of mRCC, that should be provided instead open surgery.

Роль организационных технологий вторичной профилактики рака женских половых органов на территории Челябинской области (на примере работы смотровых кабинетов)

Бочкова А. Г.², Доможирова А. С.^{1,2}, Аксенова И. А.^{1,2}

¹ ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», Челябинск

² ФГБОУ ВО «Южноуральский государственный медицинский университет», Челябинск

Актуальность

Два злокачественных новообразования (ЗНО) из пяти у женщин — рак репродуктивных органов (39%), из них опухоли женской половой сферы составляют 18% и представлены в большинстве случаев ЗНО визуальных локализаций, ранняя диагностика которых находится в руках первичного звена здравоохранения — смотровых кабинетов (СК).

Цель

Изучение эффективности работы женских смотровых кабинетов (СК) Челябинской обл. (ЧО), оценка показателей кумулятивной скорректированной выживаемости больных ЗНО женских половых органов за 2005–2015 гг.

Материалы и методы

На основе базы данных Популяционного ракового регистра (ПРР) ЧО впервые рассчитаны показатели кумулятивной скорректированной выживаемости у больных ЗНО шейки матки (424), тела матки (421) и яичников (203), выявленных активно в СК ЧО (основная группа), и случаи ЗНО шейки матки (3 702), тела матки (5 558) и яичников (3 679), выявленных при других обстоятельствах — диспансеризации, самообращении граждан, сотрудниками женских консультаций и др. (контрольная группа) — с учетом возраста заболевших, стадии заболевания, с 2005 по 2015 г. Расчёты показателей выживаемости осуществлены по классическим методам анализа данных на популяционном уровне.

Результаты

Ежегодно в женских кабинетах осматривается более 450 тыс. женщин 18 лет и старше (72%

от числа впервые обратившихся). В основной группе превалировало количество больных с локализованным опухолевым процессом — общее количество больных с диагнозом ЗНО шейки матки I–II стадии составило 50,6% против 42,3% в контрольной группе, с ЗНО тела матки — 86,9% против 80,2% соответственно. В отношении ЗНО яичников достоверных различий выявлено не было — более 60% всех случаев овариального рака диагностируют на III–IV стадии (в основной группе — 61,8%, в контрольной — 65,4%). При статистическом анализе данных по возрастным периодам в двух группах достоверных различий не найдено. Наибольшее количество больных ЗНО шейки матки в основной и контрольной группах были в возрасте 40–59 лет (50 и 47% соответственно), т.е. в пре- и менопаузе. Возраст больных ЗНО тела матки и яичников на 10 лет старше — 50–69 лет (более 60%).

Анализ данных ПРР ЧО за 10-летний период позволил установить положительную динамику показателей пятилетней скорректированной выживаемости у больных ЗНО шейки и тела матки II–III стадии во всех возрастных группах, выявленных активно в СК ЧО, по сравнению с контрольной группой: 78,2 и 45,1% против 70,6 и 39,9% соответственно для больных ЗНО шейки матки; 84 и 53% против 66,8 и 42,3% соответственно для больных ЗНО тела матки. В отношении овариального рака достоверных различий в показателях пятилетней выживаемости не выявлено (67,3 и 28,8% против 64,6 и 31,2% соответственно).

Выводы

Женские смотровые кабинеты — эффективная организационная технология вторичной профилактики рака на территории Челябинской обл.

Вопросы лечебной тактики при полном клиническом регрессе опухоли после неoadъювантной химиолучевой терапии у пациентов с раком дистальных отделов прямой кишки

Васильев С. В., Седнев А. В., Ломтева Е. Ю.,
Попов Д. Е., Жураковский Н. Г., Клименко А. Н.

Городской центр колопроктологии (СПб ГБУЗ «Городская больница №9»), Санкт-Петербург
ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», Санкт-Петербург

Актуальность

Лечебная тактика в отношении больных раком дистальных отделов прямой кишки с полным клиническим регрессом опухоли после неoadъювантной химиолучевой терапии (НХЛТ) остается предметом дискуссии.

Цель

Определение места активно-выжидательной тактики в комбинированном лечении рака дистальных отделов прямой кишки у больных с полным клиническим регрессом после НХЛТ.

Материалы и методы

С 2014 г. НХЛТ проведена 117 больным раком средне- и нижеампулярного отдела cT2–4N0–2M0. В исследование включены пациенты с локализацией нижнего края аденокарциномы в 3–11 см от анального края. Предоперационное определение стадии производили на основании пальцевого исследования, ректоскопии и фиброколоноскопии с биопсией, МСКТ брюшной полости и грудной клетки, МРТ малого таза. Лучевую терапию осуществляли на линейном ускорителе SL-75-5 пролонгированным курсом стандартным фракционированием (РОД=1,8–2,0 Гр, 5 раз в нед, СОД=45–50 ГР). В качестве химиотерапевтического компонента

использовали Капецитабин 1 250 мг/м² в сут. Результаты лечения оценивали через 4 и 8 нед на основании пальцевого исследования, ректоскопии и МРТ малого таза.

Результаты

У большинства больных (79%) отмечали частичный регресс опухоли или стабилизацию, им было проведено стандартное хирургическое лечение. При этом у 22 (19%) больных уменьшение размеров и рестадирирование опухоли обусловило выполнение сфинктер-сохраняющей операции взамен планировавшейся экстирпации. Полный клинический регресс опухоли был достигнут у 15 (18%) больных. У данной категории пациентов хирургическое лечение в установленные сроки не выполняли, а проводили активное регулярное наблюдение. В течение первого года у 3 (20%) больных, имевших полный клинический регресс, был диагностирован местный рецидив опухоли и проведено стандартное хирургическое лечение.

Выводы

Наш опыт свидетельствует об адекватности динамического наблюдения и своевременной хирургической тактики у больных с полным клиническим регрессом после НХЛТ.

Опыт лечения аденомы и ранней аденокарциномы прямой кишки с помощью трансанальных малоинвазивных технологий

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

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Городской колопроктологический центр (СПб ГБУЗ «Городская больница №9»), Санкт-Петербург

Цель

Улучшение результатов лечения пациентов с опухолями прямой кишки.

Материалы и методы

В исследование включены 396 пациентов с аденомами, а также 49 — с ранними формами рака прямой кишки. Методы предоперационного обследования: эндоректальное УЗИ, КТ-диагностика, МРТ прямой кишки, ректороманоскопия с предоперационной биопсией, видеоколоноскопия с использованием различных режимов визуализации. Критерии включения: лица обоих полов без ограничения возраста, аденома и аденокарцинома G1–2 прямой кишки *cTis-T1N0M0*. Распределение пациентов с доброкачественной аденомой прямой кишки в зависимости от вида выполненного вмешательства ($n=396$): трансанальная эндоскопическая микрохирургия (ТЭМ) — 182 (46%), трансанальное локальное иссечение (ТАИ) — 214 (54%). В случаях раннего рака ($n=49$) всем выполняли полнослойное иссечение опухоли: ТЭМ — 32 (65%), ТАИ — 17 (35%).

Результаты

Послеоперационные осложнения возникли у 23 (5,8%) пациентов с аденомой прямой

кишки и у 2 (4,5%) — с ранним раком прямой кишки. Медиана продолжительности операции у пациентов по поводу аденомы составила 75 (30–115) мин и 56 (30–110) мин — в группе пациентов с аденокарциномой.

Удаление препарата единым блоком без фрагментации выполнено в 368 (93%) случаях аденом; во всех случаях раннего рака препараты удалены единым блоком, негативные края резекции (R0) были получены во всех препаратах.

Средний койко-день составил 6 ± 1 . Рецидивы аденомы выявлены в 23 (5,8%) случаях, по поводу чего выполнено повторное трансанальное хирургическое вмешательство. Местный рецидив аденокарциномы выявлен у 1 (2,3%) пациента через 6 мес наблюдения.

Выводы

Данное исследование демонстрирует ряд преимуществ трансанальных малоинвазивных хирургических вмешательств в лечении опухолей прямой кишки. Трансанальное вмешательство у пациентов с ранними формами рака прямой кишки может рассматриваться как диагностический, так и окончательный метод лечения данного заболевания.

К вопросу об онкогенном потенциале порокератоза

Вашкевич А. А.¹, Резцова П. А.¹, Разнатовский К. И.¹, Зинькевич М. В.²

¹ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

² СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Актуальность

Малигнизация длительно существующих очагов порокератоза впервые была описана в 1942 г. Vigne. В настоящее время риск онкогенной трансформации расценивается как 7–7,5%. Описываются случаи трансформации в базально-клеточную карциному, но чаще всего патология ассоциирована с плоскоклеточной карциномой. Предполагается, что кератиноциты, окружающие *cornoid lamella*, в больших количествах экспрессируют белок p53, чем и обуславливается повышенный онкогенный потенциал при порокератозе.

Цель

Оценка важности амбулаторного динамического наблюдения с использованием дерматоскопии больных дерматозами с риском малигнизации.

Материалы и методы

Клинический случай

Пациент К., 83 года, поступил на амбулаторный прием с жалобами на длительно существующие (около 20 лет) распространенные высыпания кожи туловища и конечностей. Субъективно не беспокоят, обратиться за медицинской помощью заставило беспокойство по поводу прогрессирующего визуального изменения существующих элементов. При осмотре, на фоне хронического фотоповреждения были выявлены множественные распространенные кольцевидные элементы светло-коричневого цвета размером 0,2–1,5 см с атрофичным центром и приподнятым гиперкератотическим нитевидным краем. На коже верхней трети спины и левого предплечья — единичные шелушащиеся бляшки розового цвета, одна из бляшек была покрыта корочками. При дерматоскопическом осмотре основные множествен-

ные очаги выглядели как умеренно васкуляризированные образования с кольцевой гиперкератотической структурой («дорожкой»). При оценке элементов, отличающихся визуально от классических порокератотических очагов, было выявлено два дерматоскопических варианта: 1) эритематозный очаг с шелушением, корочками и диффузно распределенными гломерулярными сосудами; 2) элементы с многочисленными древовидными сосудами на фоне эритемы. Были выставлены диагнозы: болезнь Боуэна?, базально-клеточный рак? соответственно. Для патоморфологического исследования был взят биопсийный материал из всех трех очагов поражения.

Результаты

1. Выявлен тонкий столбик паракератотических корнеоцитов (*cornoid lamella*), зернистый слой под роговой пластинкой отсутствует, а шиповатый содержит дискератотические кератиноциты. Клеточной атипии и нарушения архитектоники не выявлено. Диагноз — порокератоз. 2. Архитектоника эпидермиса дезорганизована, атипия по всей толще, базальная мембрана интактна. Паракератоз, гиперкератоз, акантоз. Диагноз — плоскоклеточный рак *in situ*. 3. Скопления атипичных клеток, распространяющихся из эпидермиса в дерму, характерный «частокол». Диагноз — базально-клеточный рак.

Выводы

При выявлении пациентов, у которых имеются хронические дерматозы с онкогенным потенциалом, важным является их динамическое наблюдение, включающее клинический осмотр и дерматоскопическую верификацию диагноза, что позволит вовремя распознать неопластический процесс и своевременно начать терапию.

Редкий случай имплантационного метастаза рака гортаноглотки после перкутанной эндоскопической гастростомии

Вашкуров С. М., Анисимова А. В., Алексеева Д. А., Остринская Т. В.

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Актуальность

В России ежегодно выявляют более 20 тыс. злокачественных опухолей полости рта и гортаноглотки. Около 70% пациентов с впервые установленным диагнозом имеют III и IV стадию заболевания, для которых характерны развитие синдрома дисфагии и нарушение трофического статуса. Таким больным перед началом и во время радикального лечения, а также при паллиативной терапии требуется дополнительная нутритивная поддержка. Оптимальной методикой в этом случае является гастростомия, обеспечивающая более предпочтительное длительное (более 2 мес) энтеральное питание. С 1980 г. в клинической практике широко используют перкутанную эндоскопическую гастростомию (ПЭГ) как наиболее безопасную для пациента, малоинвазивную и относительно легко выполнимую процедуру. Однако по мере накопления опыта появляются сообщения о некоторых специфических отдаленных осложнениях, таких как метастазы в месте стояния гастростомы. Согласно литературным данным, частота имплантационных метастазов составляет 0,5–1%. Среднее время появления метастаза брюшной стенки после проведения ПЭГ составило 8 мес, III–IV стадия заболевания была у 94% пациентов. По мнению авторов, возникновение имплантационного метастаза ассоциировано с высокой агрессивностью опухоли (в 63% случаев отмечали генерализацию опухолевого процесса) и плохим прогнозом заболевания (средняя продолжительность жизни после обнаружения метастаза составила 5,9 мес). В качестве одной из возможных причин рассматривается прямое распространение опухолевых клеток при прохождении эндоскопа и гастростомической трубки через опухоль.

Большинство публикаций — зарубежные и представляют собой отдельные клинические наблюдения, существует несколько обзорных статей. В отечественной литературе нам удалось найти одно сообщение о случае метастазирования плоскоклеточного рака гортани в гастростомическое отверстие.

В СПб ГБУЗ ГКОД методика перкутанной гастростомии внедрена в 2008 г. Всего наложено

80 перкутанных гастростом, из них 11 — по поводу плоскоклеточного рака ЛОР-органов. В одном случае в области стояния гастростомической трубки развился имплантационный метастаз.

Материалы и методы Клинический случай

Пациентка В., 1944 г. р., в 2017 г. с января по июнь лечилась в неспециализированном учреждении с подозрением на воспалительные изменения в области гортани. В мае 2017 г. развившееся нарушение дыхания потребовало наложения трахеостомы. В связи с отсутствием эффекта от лечения, ухудшением состояния, появлением и нарастанием дисфагии пациентка направлена в СПб ГБУЗ ГКОД. Осмотрена ЛОР-онкологом. Обнаружена опухоль гортаноглотки. Выполнена биопсия. Диагностирован плоскоклеточный рак. На момент осмотра имелась дисфагия IV стадии.

17.06.2017 г. для обеспечения питания через желудочно-кишечный тракт произведено наложение перкутанной эндоскопической гастростомы методом pull-string.

10.07.2017 г. произведена ларингофарингэктомия с пластикой тонкокишечным висцеральным трансплантатом. Гистологическое исследование № 50688-769: справа в клетчатке метастазы в два из 15 исследованных лимфатических узлов, слева — метастаз в один из 10 исследованных лимфатических узлов, в глотке и пищеводе умеренно дифференцированный плоскоклеточный *Ca G2*, растущий в правую долю щитовидной железы и гортань, края резекции негативные. Послеоперационный диагноз: *Ca* гортаноглотки *T4N2M0* — IV стадия.

Перкутанная гастростома была удалена в августе 2018 г.

Проведен курс послеоперационной лучевой терапии (в октябре 2017 г.).

16.04.2018 г. выполнена операция реконструкции и пластики трахеостомы и фарингостомы с отсроченным трахеопищеводным шунтированием и голосовым протезированием.

В феврале 2018 г. в области бывшей гастростомы появилась опухоль кожи, которая быстро увеличилась. С апреля 2018 г. появились изъяз-

вление, распад опухоли. В мае 2018 г. пациентка обратилась в поликлинику ГКОД. На момент обращения основными клиническими симптомами были нарастающая слабость, наличие опухоли кожи и мягких тканей передней брюшной стенки, боль в области опухоли.

Локально: в месте бывшего стояния гастростомы имеется опухоль кожи 3,0×5,0×0,8 см с плотными краями, распадом, обильным мутным отделяемым. Вокруг опухоли пальпируется мягкотканый компонент до 6,0 см в диаметре.

16.05.2018 г. выполнена инцизионная биопсия опухоли. Гистологическое исследование № 35093-94: плоскоклеточный неороговевающий рак G3.

Учитывая наличие распада, симптомов интоксикации, решено удалить опухоль.

05.06.2018 г. — операция иссечения опухоли мягких тканей брюшной стенки с лапаротомией и краевой резекцией желудка. Аллопластика апоневроза.

На операции: в околопупочной–мезогастральной областях слева произведены окаймляющие разрезы вокруг опухоли мягких тканей. При ревизии — опухоль каменистой плотности общим размером 15,0×10,0×8,0 см поражает кожу (с изъязвлением), подкожную клетчатку, два сегмента прямой мышцы живота, апоневроз наружной и внутренней косой мышц, волокна наружной и внутренней косой мышц, прорастает брюшину, стенку желудка по передней поверхности ближе к большой кривизне. Опухоль с техническими трудностями выделена в пределах здоровых тканей с резекцией части прямой, наружной и внутренней косой мышц, апоневроза наружной и внутренней косой мышц, брюшины в месте врастания опухоли. При ревизии — в брюшной полости асцит, метастазов печени не найдено, патологии паренхиматозных и полых органов не обнаружено. Произведена краевая резекция желудка в месте врастания опухоли. Просвет желудка

вскрыт, при ревизии — резекция в пределах здоровых тканей.

Гистологическое исследование № 40933-42: кожный лоскут с метастазом низкодифференцированного G3 плоскоклеточного неороговевающего рака с изъязвлением и некрозами, прорастающего дерму, подлежащую клетчатку, мышцы передней брюшной стенки, брюшину и подпаянный участок стенки желудка с врастанием в него до слизистой оболочки, с периневральной и сосудистой инвазией. Края резекции кожного лоскута, мягких тканей и стенки желудка без опухолевого роста.

Послеоперационный период без особенностей. Заживление первичное.

24.06.2018 г. выполнена ПЭТ/КТ всего тела с глюкозой. Очагов патологической фиксации не выявлено. Консультирована химиотерапевтом, радиологом. Учитывая полную циторедукцию, проведение системной и местной терапии не показано.

В течение 3 мес наблюдения данных о прогрессировании заболевания нет, пациентка ведет активный образ жизни. Наблюдение продолжается.

Выводы

Таким образом, при наличии достаточно больших опухолевых масс в орофарингеальной области, высокой вероятности травматизации и, как следствие, обсеменения гастростомического канала клетками опухоли необходимо выбирать другие способы наложения гастростом, такие как рентген-ассистированная либо с использованием защитных стентов.

Кроме того, для раннего выявления возможного осложнения необходимо тщательное наблюдение как со стороны врача, так и больного за гастростомическим отверстием, в том числе после удаления гастростомы.

Об актуальности создания отделений паллиативной медицинской помощи в структуре онкологических диспансеров

Введенская Е. С.¹, Палехов А. В.²

¹ ГБУЗ НО «Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», Нижний Новгород

² ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь

Актуальность

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 ПМП в условиях стационара. Отмечена тенденция замещения отделений ПМП отделениями и койками сестринского ухода.

Цель

Для оказания «специализированной» ПМП онкологическим пациентам необходима организация полноценных отделений ПМП.

Материалы и методы

В соответствии с Порядком оказания ПМП взрослому населению (Приказ Минздрава РФ от 14 апреля 2015 г. № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи»), одной из основных форм оказания ПМП в условиях стационара является отделение ПМП. Основная задача последнего — оказание специализированной помощи 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 респираторной поддержки (с режимами ИВЛ и ВВЛ); детоксикации (фотомодификация крови, энтеросорбция); фотодинамической терапии; нутритивной поддержки (с использованием помп); торакоцентеза и лапароцентеза с длительной ка-

тетеризацией полостей; стомирования, реканализации, региональной анестезии, в том числе пролонгированной эпидуральной опиат-аналгезии с подкожным туннелированием катетера и других инвазивных манипуляций.

Результаты

Необходимо создание отделений ПМП в структуре медицинских организаций (МО), располагающих специализированными стационарами, а также городских и центральных районных больниц, что даст возможность использовать различные имеющиеся в этих МО ресурсы для оказания пациентам специализированной ПМП. Результаты исследования показали, что в течение года госпитализированные в стационары Нижегородской обл. для симптоматической терапии пациенты с распространенными формами злокачественных новообразований занимали 80% от числа всех коек ПМП, которые должны функционировать к 2020 г. (10 на 100 тыс. взрослого населения).

Выводы

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. Показателями, определяющими специфику его работы, должны быть контингент пациентов, спектр медицинских манипуляций и объем использованных опиоидных анальгетиков для купирования хронической боли.

Функциональные результаты резекции единственной почки

Волкова М. И., Климов А. В., Фигурин К. М., Матвеев В. Б.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Блохина», Москва

Цель

Оценка ранних и поздних функциональных результатов резекции единственной почки.

Материалы и методы

В исследование включены данные 131 пациента с опухолью паренхимы единственной почки, которым была выполнена резекция *in situ* в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина». Медиана возраста — 57 (26–75) лет. У всех больных была диагностирована опухоль единственной почки (медиана суммы баллов по нефрометрической шкале PADUA — $9 \pm 2,2$, RENAL — $7 \pm 2,4$). Медиана исходной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) — 74 (33–159) мл/мин на $1,73 \text{ м}^2$ (хроническая болезнь почек (ХБП) ≥ 3 стадии — 30 (22,9%). Всем пациентам выполнена резекция единственной почки: с ишемией — 98 (74,8%), в том числе холодовой — 59 (45,1%). Медиана кровопотери — 800 (20–4 500) мл. Медиана времени ишемии — 24 (7–80) мин.

Результаты

Острое снижение почечной функции (ОСПФ) зарегистрировано у 69 (52,7%) пациентов, показания к острому диализу были определены у 6

(4,6%). Факторами неблагоприятного прогноза ОСПФ являлись: исходная СКФ < 80 мл/мин на $1,73 \text{ м}^2$ (OR=0,45 (95% CI 0,22–0,92), $p=0,021$), инвазия синуса (OR=0,08 (95% CI 0,03–0,22), $p=0,051$), ишемия паренхимы (OR=0,13 (95% CI 0,05–0,33), $p=0,032$) и кровопотери > 500 мл (OR=0,24 (95% CI 0,12–0,51), $p=0,005$). Прогрессирование ранее диагностированной ХБП зарегистрировано у 58 (44,6%) больных, программный диализ потребовался 2 (1,5%) пациентам. Независимыми факторами риска прогрессирования ХБП являлись: опухоль медиальной поверхности (OR=0,19 (95% CI 0,09–0,41), $p=0,001$), инвазия синуса (OR=0,38 (95% CI 0,18–0,81), $p=0,002$), исходная СКФ < 60 мл/мин на $1,73 \text{ м}^2$ (OR=0,24 (95% CI 0,1–0,56), $p<0,0001$) и тепловая ишемия (OR=0,41 (95% CI 0,17–1), $p=0,052$).

Выводы

Функциональные результаты резекции единственной почки удовлетворительные. При ожидаемой кровопотере < 500 мл показана резекция почки без пережатия почечных сосудов. При необходимости выполнения резекции в условиях ишемии необходима гипотермия.

Роботические операции в хирургическом лечении рака прямой кишки

Гладышев Д. В.^{1,2}, Моисеев М. Е.¹, Коваленко С. А.¹, Гнедаш С. С.²

¹ СПб ГБУЗ «Городская больница №40», Санкт-Петербург

² ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Роботизированная хирургия рака прямой кишки набирает популярность, но имеются ограниченные данные о её безопасности и эффективности.

Цель

Собственный накопленный опыт применения комплекса Da Vinci в хирургическом лечении больных с данной патологией.

Материалы и методы

В период с августа 2013 г. по декабрь 2017 г. нами выполнено 128 робот-ассистированных операций по поводу рака прямой кишки, из них 51 — с выполнением парциальной мезоректумэктомии и 77 — с выполнением тотальной мезоректумэктомии, в их числе шесть вмешательств в объеме экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки. 41 пациенту проведено неoadъювантное лечение.

Мужчин было 56, женщин — 71, возраст 24–85 лет, ИМТ 15,6–38,2 кг/м² (25,94±3,46 кг/м²). Все операции были выполнены по поводу аденокарциномы различной степени дифференциации. Во всех случаях применяли методику единого роботического доступа — single docking. Предпочитаемая нами оперативная техника включает медиально-латеральную мобилизацию кишки с перевязкой нижней брыжеечной артерии у аорты. Кроме того, рутинно выполняли мобилизацию селезеночного изгиба ободочной кишки. Удаление препарата осуществляли через мини-лапаротомный разрез; в двух случаях у молодых женщин препарат был удален через влагалище. Во всех случаях формирование анастомоза осуществляли при помощи циркулярного сшивающего аппарата. При выполнении низкой передней резекции прямой кишки всем пациентам формировали илеостому в модификации Торнболла.

Результаты

Продолжительность операций составила в среднем 183,8±53,7 мин. Интраоперационная

кровопотеря — 126,5±82,4 мл. Восстановление моторики толстой кишки (время до отхождения первых газов) — 1,12±0,39 дня. Длительность пребывания в стационаре — 7,2±3,08 дня.

Послеоперационные осложнения отмечены в 19 (14%) случаях. У 5 пациентов — несостоятельность десцендоректоанастомоза, еще у 6 — ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость, у 2 — послеоперационное кровотечение, по одному случаю — абсцесс брюшной полости, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, нагноение лапаротомной раны, ТЭЛА и послеоперационный парез кишечника.

Конверсии в открытую операцию отмечены у 5 (3,9%) пациентов, причинами конверсии явились большие размеры опухолевого образования с вовлечением в опухолевый процесс соседних органов, не диагностированные в ходе предоперационного обследования, а также выраженный спаечный процесс.

Зафиксировано четыре летальных исхода: в одном случае — от массивной тромбоэмболии легочной артерии, в трех — от полиорганной недостаточности.

Онкологические результаты: среднее число удаляемых лимфатических узлов — 12,5±3,6. Качество выполнения ТМЕ было оценено как хорошее (Grade-3) в 101 случае, как удовлетворительное (Grade-2) — в 24 случаях и как неудовлетворительное (Grade-1) — в 3 случаях.

Выводы

Роботические технологии подают большие надежды, и проведенные на сегодняшний день исследования, в том числе и наше, свидетельствуют об их безопасности и эффективности при операциях на прямой кишке.

В настоящее время проводятся крупные международные многоцентровые рандомизированные исследования, которые должны ответить на вопрос о месте и роли роботических операций в хирургии рака прямой кишки.

Случай лечения гигантской опухоли шейного отдела пищевода

Гунят Р. Я., Нагорная О. А., Куканов М. А., Остринская Т. В., Нураев Н. Б., Кесаев Т. С., Алексеева Д. А., Гаврилов П. С., Егорова А. О., Аболимова Е. Ю.

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Актуальность

Неэпителиальные доброкачественные образования пищевода встречаются у 2,7% больных с опухолями пищевода. Образования, как правило, клинически не проявляются, поэтому опухоли долгое время могут оставаться незамеченными и вырастать до больших размеров. Их объем, гетерогенная структура и атипичная васкуляризация могут имитировать злокачественные поражения, поэтому только комплексная лучевая и эндоскопическая диагностика помогают выбрать оптимальный метод лечения при опухолях больших размеров.

Цель

Демонстрация случая мультидисциплинарного подхода в диагностике и лечении пациента с гигантской опухолью шейного отдела пищевода.

Материалы и методы

Клинический случай

Пациент К., 32 года, направлен в СПб ГБУЗ ГКОД с подозрением на образование пищевода. При видеоэзофагоскопии в верхнегрудном отделе пищевода определяется неэпителиальное образование протяженностью около 7 см грушевидной формы на ложной ножке, при перистальтических движениях достигающее средней трети грудного отдела пищевода (дистальная граница на 30 см от верхних резцов), деформирующее и суживающее просвет пищевода, с визуализируемым в подслизистом слое расширенным сосудом. КТ ОГК и ОБП в верхней трети пищевода, на уровне Th_1-Th_4 позвонков определяется образование с четкими бугристыми контурами, неоднородной структуры, с наличием обызвествлений, на-

капливающее контрастное вещество, субтотально заполняющее просвет пищевода, размерами 35×16×59 мм, просвет пищевода расширен до 33 мм. Для уточнения кровоснабжения опухоли выполнены диагностическая ангиография (аортография), эзофагография. При ротационной рентгенографии на уровне $C_{VII}-Th_{IV}$ визуализируется экзофитное, гиповаскулярное образование на ножке, исходящее из нижнего отдела пищевода, суживающее его просвет, размерами 10×4,1 см. Пациент консультирован ЛОР-специалистами, ЛОР-патологии не выявлено. 12.07.2018 г. выполнена операция. Интраоперационно для определения оптимального доступа выполнена опорно-подвесная ларингоскопия с одномоментной видеоэзофагоскопией: ложная ножка определяется на 1 см дистальнее устья пищевода. С учетом размеров образования резекция возможна из шейного доступа, что позволяет избежать торакотомии. Макропрепарат: опухоль 4×2,25×10 см, неоднородная, с участками хрящевой плотности. Гистологическое исследование от 18.07.2018 г.: гамартома шейного отдела пищевода, удаленная в пределах здоровых тканей. В послеоперационном периоде у пациента наблюдали парез гортани, который разрешился консервативно.

Выводы

Полученные данные при эндоскопическом, ангиографическом и лучевом исследовании дают хирургам наиболее полное представление об образовании и помогают оптимизировать доступ оперативного вмешательства. Мультидисциплинарный подход помогает выбрать наиболее оптимальный объем операции при лечении доброкачественных новообразований пищевода гигантских размеров.

Связь экспрессии *IGFBP-6* с метаболическим синдромом, уровнем адипонектина и его рецепторами в колоректальных карциномах

Димча А. А., Юнусова Н. В., Афанасьев С. Г.

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Томск

Актуальность

Колоректальный рак занимает ведущее место в структуре онкопатологии и характеризуется высокими темпами прироста заболеваемости. Один из наиболее актуальных механизмов развития колоректального рака — система инсулиноподобных факторов роста, белков, связывающих эти факторы (*IGFBPs*), и тирозинкиназный рецептор *IGF-IR*. В настоящее время *IGFBP-6* имеет более высокую аффинность к *IGF-II*, чем к *IGF-I*, также у него выявлены такие эффекты, как ингибирование неоангиогенеза и активация клеточной миграции. Показано, что ассоциированное с ожирением снижение уровня адипонектина в сыворотке крови ведет к снижению его рецепторов, снижению чувствительности к нему, что связано с высоким риском развития рака. Наряду с некоторыми внутриклеточными мишенями-белками, исследование внеклеточных *IGFBPs*, в том числе *IGFBP-6*, может быть перспективно в плане выявления взаимосвязей адипокин-опосредованных и *IGF-IR*-опосредованных сигнальных путей, вовлеченных в процессы канцерогенеза.

Цель

Изучение взаимосвязи экспрессии белков, связывающих ростовые факторы, и в частности *IGFBP-6*, с метаболическим синдромом (МС), гормонами жировой ткани и их рецепторами.

Материалы и методы

В исследование были включены 46 пациентов с колоректальным раком с распространенностью процесса *T2-4N0-2M0*. Распределение больных согласно классификации *TNM* было следующим: *T2-4N0-2M0* — 28; *T4aN0-2M0* — 18; *N0* — 31, *N1-2* — 15. Уровень экспрессии *IGFBP-6* в ткани рака и прилежащей нормальной ткани оценен с помощью метода Вестерн-блоттинг. Анализ уровня экспрессии *IGF-IR* проводили методом цитофлюориметрии FACS CantoII. Суспензия клеток была получена на дезагрегирующем устройстве Medimachine. Аликвоты подготовленных суспензий были проинкубированы с конъюгированными антителами (*anti-CD221 (IGF-IR) PE*

и *anti-cytokeratin 18 FITC*). Оценку результатов проводили с помощью программы FACSDiva 6.1, результаты представлены как процент цитокератин-20-позитивных клеток, экспрессирующих *IGF-IR*. Исследование уровня сывороточного адипонектина и его рецепторов *Adipor1* и *Adipor2* выполняли методом ELISA с использованием наборов Human Total Adiponectin, Human *Adipor1* и Human *Adipor2*. Определение уровня *Adipor1* и *Adipor2* проводили в осветленных гомогенатах опухолей. Белок в гомогенатах определяли по Лоури. Статистическую обработку выполняли при помощи программы Statistica 10. Все количественные данные представлены в таблицах в виде $M \pm m$ или Me (25–75 %).

Результаты

При определении *IGFBP-6*, его экспрессия колебалась в колоректальных карциномах. Уровень *IGFBP-6* в опухоли был выше (56 %), чем в нетрансформированной прилежащей ткани (44 %), однако в части опухолей он оказался ниже, чем в нетрансформированной ткани. По-видимому, необходим больший объем выборки для определения тренда в экспрессии *IGFBP-6* в колоректальных карциномах. На данной выборке обнаружена связь экспрессии *IGFBP-6* в опухоли с поражением лимфатических узлов. При наличии лимфогенных метастазов уровень белка в опухоли снижался — *N0* (134 %) при *N1-2* (68 %). Средний уровень экспрессии *IGF-IR* в ткани колоректального рака составил 71% (61–82), статистически значимые различия в экспрессии данного белка в опухолевой ткани больных с МС и без него отсутствовали, однако у больных с МС отмечали тенденцию к повышению экспрессии рецептора. Уровень рецепторов *Adipor1* и *Adipor2* не зависел от МС, однако зависел от наличия лимфогенных метастазов *Adipor1* — *N0* (64,3 нг/мг), а при *N1-2* (47,0 нг/мг), *Adipor1* — и от размера опухоли: *T2* (71,7 нг/мг), *T3-4* (48,9 нг/мг). Уровень обоих видов рецепторов снижался в ткани рака при наличии лимфогенных метастазов, уровень *Adipor1* снижался при увеличении размера опухоли. Выявлены положительные корреляции экспрес-

сии *IGFBP-6* и уровня рецептора адипонектина *Adipor1*, экспрессии *IGFBP-6* и *Adipor2*, а также экспрессии *IGF-IR* и *Adipor*.

Выводы

У больных колоректальным раком не обнаружена взаимосвязь экспрессии *IGFBP-6*, рецепторов адипонектина и МС. Полученные результаты показывают потенциальную вовлеченность

IGFBP-6, *Adipor1* и *Adipor2* в процессы опухолевой инвазии и лимфогенного метастазирования. Выявленные положительные взаимосвязи экспрессии *IGFBP-6* и уровня рецептора адипонектина *Adipor1*, экспрессии *IGFBP-6* и *Adipor2*, а также экспрессии *IGF-IR* и *Adipor1* свидетельствуют о перекресте *IGF-IR*-опосредованного и адипонектин-опосредованных сигнальных путей в колоректальных карциномах.

Мультидисциплинарный подход в лечении больных с метастазами колоректального рака в печени

Диникин М. С., Ханевич М. Д., Манихас Г. М., Гуляев Ю. А.

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Актуальность

Эволюция подходов к лечению метастазов колоректального рака в печени в течение последних двух десятилетий служит примером эффективности мультидисциплинарного комплексного подхода. Современная системная химиотерапия, наряду с активной хирургической тактикой, дополненная локорегионарными методами воздействия на метастазы в печени, позволяет уверенно достигать пяти- и десятилетней выживаемости. План лечения пациентов определяется с учетом прогностических факторов заболевания, функционального статуса пациента и биологических особенностей опухолевого процесса.

Цель

Улучшение результатов лечения пациентов с метастазами колоректального рака в печени.

Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 175 пациентов с метастазами колоректального рака в печени, из них 95 — с метастазами, 80 — с синхронными. Все пациенты получали системную полихимиотерапию (ПХТ). У 35 больных системная ПХТ сочеталась с внутриартериальной химиоэмболизацией микросферами с доксорубицином. Резекцию метастазов печени выполнили 169 пациентам, у 6 операция ограничилась эксплоративной лапаротомией.

Результаты

Статистически значимыми неблагоприятными прогностическими факторами течения заболевания являлись: синхронное или раннее появление метастазов в печени (3–6 мес) и высокий уровень РЭА (>100 нг/мл) перед операцией. У больных с синхронными метастазами медиана выживаемости составила 40 мес, с метастазами — 52 мес. Пациенты с погранично-резектабельными и нерезектабельными метастазами получали системную ПХТ и ХЭПА. Использование микроволновой абляции позволило 30 (17,2%) больным с нерезектабельными метастазами выполнить хирургические вмешательства. У 45 (25,7%) пациентов выполнено криовоздействие на край резекции печени после удаления метастазов, из них у 13 (7,4%) выполнена R1-резекция, локальных рецидивов опухоли не отмечено. R2-резекция выполнена 3 больным, после криодеструкции локальный рецидив отмечен у 1 пациента.

Выводы

Существующий мультидисциплинарный подход в лечении пациентов с метастазами колоректального рака в печени показал свою эффективность. Остаются до конца нерешенными вопросы роли и места локорегионарных методов лечения. Улучшение результатов выживаемости пациентов обнадеживает и открывает новые пути решения данной проблемы.

Между онкологическим стационаром и хосписом: роль городского многопрофильного стационара в оказании экстренной медицинской помощи пациентам с осложнениями онкологических заболеваний

Дорофеев В. И., Найдёнов А. А., Беляева Е. Л.

СПб ГБУЗ «Городская больница №26», Санкт-Петербург

Актуальность

Несмотря на прогресс научных знаний и медицинских технологий, затрагивающих оказание медицинской помощи онкологическим больным, проблема доступности и безопасности высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями остается нерешенной. Сложившийся в последнее десятилетие порядок оказания специализированной онкологической помощи жителям Санкт-Петербурга не учитывает экстренную госпитализацию пациентов с осложнениями онкологических заболеваний. В специализированных онкологических учреждениях города экстренная госпитализация не предусмотрена, а в «скоромощных» многопрофильных стационарах хирургические отделения неотложной онкологии были директивно ликвидированы в конце 90-х гг. прошлого века. Все это привело к тому, что пациенты с жизнеугрожающими осложнениями онкологических заболеваний (кровотечениями, стенозами дыхательных путей и различных отделов ЖКТ, механической желтухой и т. д.) направляются в дежурные многопрофильные стационары и оперируются традиционными хирургическими и эндоскопическими методами. Парадоксально, что зачастую этих пациентов в многопрофильные стационары направляют сами онкологи с диагнозами дисфагии, механической желтухи, стенозов и непроходимости и т. д.

Цель

Разработка предложений, направленных на оптимизацию оказания медицинской помощи пациентам с осложнениями онкологических заболеваний в многопрофильных стационарах.

Материалы и методы

Проведен анализ 1980 медицинских карт стационарных больных, получавших лечение в хирургических отделениях Городской больницы №26 в течение 2016–2017 гг. В исследование были включены только те онкологические пациенты, диагноз у которых был верифицирован гистологическим методом. Статистическую обра-

ботку производили при помощи пакета программ Statistica 7.

Результаты

В учреждении в 2016–2017 гг. доля онкологических пациентов составляла 8–10,5% от всех экстренных госпитализаций на хирургические отделения, из них 55–60% нуждались в экстренных оперативных вмешательствах. Послеоперационная летальность у этой категории больных достигает 30–40%. Снижение летальности и улучшение качества жизни онкологических пациентов с подобными осложнениями невозможно без широкого применения современных малоинвазивных эндоскопических и рентгеноэндovasкулярных методик — стентирования опухолевых стенозов, эмболизации кровоточащих сосудов и т. д. В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, эти виды высокотехнологичной медицинской помощи отнесены к профилю «Онкология».

Большинство городских многопрофильных стационаров имеют высококвалифицированный врачебный персонал и оснащено современными технологиями, в том числе эндоскопическими и рентгеноэндovasкулярными. Главным препятствием к их широкому внедрению остается дороговизна расходных материалов (стентов, бужей, иных одноразовых инструментов и т. д.), а также отсутствие у большинства городских учреждений онкологических коек и лицензий на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Онкология». Без выполнения двух последних условий невозможно сделать доступным экстренное бужирование и стентирование опухолевых стенозов, чтобы избежать выполнения у тяжелых, декомпенсированных пациентов экстренных полостных операций, сопровождающихся высокой летальностью.

Выводы

Снижение летальности от осложнений онкологических заболеваний невозможно без широкого внедрения в «скоромощных» многопрофильных

стационарах малоинвазивных высокотехнологичных методов лечения по профилю «Онкология» (эндоскопическая дилатация и стентирование зоны стеноза, стентирование желчных протоков под рентгеноскопическим контролем и т. д.), наиболее востребованных в экстренных ситуациях.

Внедрение высокотехнологичных малоинвазивных технологий в многопрофильных стационарах будет способствовать снижению травматичности паллиативных оперативных вмеша-

тельств и повышению качества жизни пациентов при терминальных стадиях онкозаболеваний.

Для повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Онкология» в экстренных ситуациях необходимо в кратчайшие сроки восстановить в многопрофильных стационарах Санкт-Петербурга хирургические отделения неотложной онкологии и лицензировать в этих учреждениях профиль ВМП «Онкология».

Отдаленные результаты лечения рака околощитовидных желез

Дружкова Н. Б.^{1,2}, Афанасьева З. А.^{1,2}, Чернышев В. А.², Савельев В. В.²

¹ Казанская государственная медицинская академия — филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», Казань

² ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», Казань

Актуальность

Рак околощитовидных желез (ОЩЖ) встречается в 0,5–5% случаев у пациентов с первичным гиперпаратиреозом. Основным методом лечения рака ОЩЖ является радикальная операция в объеме *en-block* удаления опухоли с ипсилатеральной гемитиреоидэктомией, истмусэктомией и центральной лимфодиссекцией. Прогноз для больных раком ОЩЖ вариативен и зависит от распространенности процесса и радикальности выполненной операции. Рецидив рака ОЩЖ встречается более чем у 50% больных в среднем через 3 года от первичного оперативного вмешательства, что требует повторной операции или медикаментозной терапии.

Цель

Оценка отдаленных результатов лечения рака ОЩЖ в региональном онкологическом учреждении.

Материалы и методы

Ретроспективно и проспективно были проанализированы истории болезни и амбулаторные карты 8 пациентов, проходивших лечение в РКОД (Казань) с 2008 по 2018 г.: 2 мужчин 35 и 50 лет, 6 женщин 29–76 лет.

Результаты

Все пациенты получали хирургическое лечение: 5 пациентам выполнена гемитиреоидэктомия с удалением опухоли ОЩЖ; 1 — тиреоидэктомия с удалением опухоли ОЩЖ и центральной лимфодиссекцией; 1 — цервикотомия, стернотомия, удаление опухоли ОЩЖ; 1 — медиастинотомия, тимэктомия, удаление опухоли ОЩЖ.

В послеоперационном периоде у 2 пациентов уровень паратгормона (ПТГ) и кальция (*Ca*) снизился до референсных значений, у 5 — развился гипопаратиреоз, потребовавший назначения препаратов кальция и активных метаболитов витамина *D*. У 1 пациентки с медиастинотомией ввиду отсутствия нормализации ПТГ и *Ca* была выполнена реоперация — торакоскопическое удаление эктопированной опухоли измененной ОЩЖ.

Гистологически у всех пациентов — рак ОЩЖ. Иммуногистохимия проведена 5 больным, индекс *Ki-67* варьировал от 5 до 12%. Карцинома ОЩЖ у 6 пациентов располагалась на шее, у 1 — за грудиной, у 1 — в парааортальном окне. Объем карцином варьировал от 4,3 до 24,8 мл.

Все пациенты живы на протяжении 2–10 лет. Рецидивы рака ОЩЖ возникли у 2 пациентов. У 1 пациента с *Ki-67*=8% через 5 лет после операции диагностированы метастазы в паратрахеальных лимфатических узлах. У другой пациентки с *Ki-67*=12% через 1,5 года после операции найдены отдаленные метастазы в легких и костях. Рецидив заболевания манифестировал повышением уровня ПТГ и *Ca* крови. Пациенту была выполнена селективная шейная лимфодиссекция (6-й уровень), пациентке — атипичная резекция верхней доли правого легкого и остеофиксация тел $C_{IV}-C_{VI}$.

Выводы

Течение рака ОЩЖ в большинстве случаев было благоприятным. Рецидив после операции возник у 2 (25%) пациентов через 1,5 и 5 лет. Повышение уровня ПТГ и *Ca* крови в процессе динамического наблюдения свидетельствовало о рецидиве заболевания, что потребовало топической диагностики метастатических очагов для определения дальнейшей тактики лечения.

Прогнозирование течения и дифференциальный подход в лечении рака слизистой оболочки полости рта на основе анализа вирусной картины опухолевой ткани

Ермакова Т. С.¹, Кутукова С. И.^{1,2}

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Плоскоклеточный рак головы и шеи занимает шестое место среди самых распространённых типов рака и насчитывает около 600 тыс. вновь выявленных больных в год (Стюарт (Stewart) и Кляйхус (Kleihues), 2003). Около 40 тыс. новых случаев диагностируется ежегодно в США (Джемал (Jemal) и соавт., 2003). У большинства пациентов диагностируется местно-распространённое заболевание на поздней стадии, и более 50% из них не подлежат излечению и будут переносить местные или отдалённые рецидивы. В настоящее время нет стандартизованного подхода к индивидуализации лечебных мероприятий, которые необходимо проводить у данной категории пациентов. Эффективность лечения злокачественных опухолей находится в обратной зависимости от запущенности заболевания. Около 40% больных плоскоклеточными карциномами погибают уже на первом году после постановки диагноза (Какурина Г. В. и др., 2012). Вопрос о роли вирусов в канцерогенезе представляется одним из наиболее актуальных для онкологии, поэтому в последние годы очень активно изучаются опухоли, индуцированные вирусами.

Цель

Разработка и обоснование принципов дифференцированного подхода к лечению пациентов с плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта на основании вирусной картины опухоли.

Материалы и методы

В открытое нерандомизированное сплошное исследование были включены 105 пациентов с впервые выявленным плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта, ранее не получавших специализированного лечения. Плоскоклеточный рак у всех пациентов подтвержден забором биоптата и данными гистологического исследования. Все пациенты были обследованы на выявление вирусов в опухолевой ткани. Среди всего вирусного спектра были определены вирус простого

герпеса 1-, 2-го типа, вирус Эпштейна–Барр, цитомегаловирус, вирус папилломы человека 6-, 11-, 16-, 18-го типа. Вирусные факторы были определены в двух вариантах: во-первых, в нативной форме в опухолевой ткани слизистой оболочки полости рта при помощи ПЦР в реальном времени; во-вторых, экспрессия белка p16 в опухолевой ткани слизистой оболочки полости рта была определена при помощи иммуногистохимического исследования.

Результаты

У 37 (37,8%) пациентов вирусов не обнаружено, у 61 (62,2%) — обнаружены. Изучена вирусная картина опухолевой ткани слизистой оболочки полости рта, в большинстве обнаружен *EBV* — у 39 (39,8%) человек, у 20 (20,4%) — *HPV* 18-го типа, у 16 (16,3%) — *HPV* 6- и 11-го типа, у 10 (10,2%) — *HPV* 16-го типа, у 5 (5,1%) — *CMV*, у 2 (2%) — *HSV* 1-, 2-го типа. На наличие белка p16 в опухолевой ткани были обследованы 60 пациентов, экспрессия белка обнаружена у 10 (16,7%).

Выводы

При сравнении медиан дожития, общая выживаемость у пациентов без вируса папилломы человека больше, чем при его обнаружении в опухолевой ткани. У наибольшего числа пациентов вирусы Эпштейна–Барр и вирус папилломы человека обнаружены при локализации опухолевого процесса на слизистой оболочке языка. Зависимость распределения вирусов в опухолевой ткани от возрастных групп и пола пациентов значимого влияния не показала. При анализе общей выживаемости пациентов в зависимости от частоты выявления вирусов в опухолевой ткани значимых результатов не получено. Влияния вирусного фактора в опухолевой ткани слизистой оболочки полости рта на радикальность лечения не обнаружено. Однако анализ наличия *HPV* в опухоли является важным этапом определения стадии и тактики лечения пациентов.

Мультидисциплинарный подход как путь к персонализированному лечению пациентов с метастатической меланомой в реальной клинической практике

Жукова Н. В.¹, Орлова Р. В.^{1,2}, Антимоник Н. Ю.¹, Кутукова С. И.^{1,3},
Беляк Н. П.¹, Попова Н. В.¹, Эрдниев С. П.¹, Зорина Е. Ю.¹

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

³ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Низкая продолжительность жизни пациентов с метастатической меланомой, минимальная эффективность химиотерапии как основного из повсеместно доступных методов лечения и появление в практике новых групп препаратов — все это создает предпосылки для продолжающихся поисков оптимальных подходов к лечению меланомы.

Цель

Опыт применения ниволумаба у пациента с метастатической меланомой.

Материалы и методы

Клинический случай

Пациент Ф., 52 года, в 2011 г. проведено хирургическое лечение по поводу меланомы кожи левого плеча *pT3bN0M0*. В 2014 г. в связи с прогрессированием в подмышечных лимфоузлах выполнена аксиллярная лимфаденопатия слева с последующей адъювантной терапией интерфероном α -2b. Несмотря на профилактическую терапию, через 6 мес, в сентябре 2014 г. у пациента диагностировано прогрессирование процесса — появление метастазов в обоих легких. Выполнено молекулярно-генетическое тестирование — в исследуемом образце не обнаружена мутации в гене *BRAF*. Отмечено непрерывное прогрессирование на фоне трех последовательных линий стандартной химиотерапии, прогрессирование на фоне 4-й линии — иммуноонкологического препарата ипилимумаб (*anti-CTLA4*). В качестве 5-й линии противоопухолевой терапии с сентября 2015 г. предпринята попытка лечения ниволумабом (*anti-PD-1*). Несмотря на использование ниволумаба у сильно предлеченного пациента, в 5-й линии отмечена стабилизация процесса в легких, которая сохранялась в течение 2 лет. В последующем, через 2 года, на фоне стабилизации метастатического процесса в легких, по результатам КТ выявлено появление нового очага — метастатическое поражение левого надпочечника.

В октябре 2017 г. для верификации прогрессирования пациенту выполнена эндосонография с тонкоигольной биопсией. Получено подтверждение метастатического поражения левого надпочечника.

С учетом того, что общее состояние пациента оставалось удовлетворительным (*ECOG 1*), новый очаг в левом надпочечнике увеличился при наблюдении в динамике в течение 2 мес. На фоне стабилизации метастатического процесса в легких, отсутствия отклонений в клинико-биохимических показателях крови и выраженной сопутствующей патологии, пациенту на фоне продолжения лечения ниволумабом 11.12.2017 г. было выполнено циторедуктивное хирургическое лечение — лапароскопическая адреналэктомия слева. К сентябрю 2018 г. пациенту проведено 72 введения ниволумаба. Общее состояние пациента остается удовлетворительным (*ECOG 1*), по данным КТ-обследования сохраняется стабилизация опухолевого процесса в легких. Данных о рецидиве в области левого надпочечника нет. Пациент продолжает получать ниволумаб.

Результаты

Продолжительность жизни пациента с момента диагностирования метастатической стадии заболевания составила 4 года, при этом 3 года — на фоне терапии ниволумабом. Наблюдение за пациентом продолжается. Несмотря на появление нового метастатического очага в левом надпочечнике, по поводу которого было предпринято циторедуктивное хирургическое вмешательство, на данный момент состояние пациента стабильное как клинически, так и по данным объективных методов обследования.

Выводы

Применение современных методов лечения с индивидуальным, мультидисциплинарным подходом в реальной клинической практике, без сомнения, дает надежду пациентам с диагнозом меланомы, еще до недавнего времени считавшегося некурабельным заболеванием.

Опыт работы дневного стационара (онкологическое отделение № 10) СПб ГБУЗ ГКОД Санкт-Петербурга в комбинированном лечении больных раком молочной железы

Заброда С. И., Раевская Н. А., Малых И. Ю., Юдин А. А., Крючков С. Б., Ханевич М. Д.

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Все большую актуальность в нашей стране получает комбинированное мультидисциплинарное воздействие на опухолевые процессы. Смысл в том, что на фоне ПХТ, криовоздействие на опухолевые язвы и местные рецидивы в первую очередь улучшает качество жизни, что подтверждает проведенное анкетирование 30 пролеченных пациентов в течение 2017–2018 гг. Опыт дневного стационара СПб ГБУЗ ГКОД показывает, что пациентам с неоперабельным раком молочной железы при наличии язв и местных рецидивов, которым требуется хирургическое воздействие, в 90 % случаев можно использовать криохирургическое воздействие. Данные цифры подтверждает опыт клиник стран Европы, Израиля и Америки.

Такой подход в лечении поддерживают не только доктора, но и пациенты, которые получают полихимиотерапию (ПХТ) в условиях стационара. В ближайшие часы после госпитализации они получают основное лечение (ПХТ), а уже на следующий день подвергаются местному криовоздействию. При этом пациенты самостоятельно ходят и обслуживают себя. В то же время, у пациентов есть четкая уверенность, что при ухудшении течения опухолевого процесса (появление новых язв при прогрессировании заболевания) они могут обратиться в клинику для стационарного лечения. Контрольные осмотры таких пациентов проводят по требованию лечащего врача или самого пациента.

Данный подход в лечении воспринимается пациентом так, будто предстоящая операция неопасная и несложная и воздействие на опухолевый процесс происходит «со всех сторон». Другим не менее важным фактором является уменьшение риска

возникновения кровотечения из язв. Данные риски снижаются за счет формирования фиброза на месте язвенного дефекта. Учитывая невысокую стоимость данного лечения, немаловажным является медико-экономический эффект от ведения пациентов в условиях дневного стационара и сокращение обращений пациентов за помощью в другие стационары, что позволяет пролечить большее число пациентов с меньшими затратами.

Анализируя опыт нашей клиники в лечении пациентов с раком молочной железы ($n=30$) в условиях дневного стационара за 2017–2018 гг., можно сделать вывод, что комбинированное криохирургическое воздействие на фоне базовой ПХТ подтвердило свою ожидаемую эффективность, увеличив качество жизни пациентов. Также отмечено уменьшение числа кровотечений и гнойно-воспалительных осложнений по сравнению с пациентами, получающими ПХТ без криовоздействия. Экономическая эффективность лечения выросла в 1,3 раза путем сокращения перевязок, времени госпитализации пациентов и уменьшения обращений за помощью в другие лечебные учреждения.

За последнее время в России число отделений, применяющих подход комбинированного лечения, стало заметно расти. Данная тенденция стала возможной благодаря новому взгляду на оказание онкологической помощи, а также появлению оборудования, разработанного отечественным производителем с учетом потребностей отечественной медицины. Это позволяет более эффективно оказывать помощь больным раком молочной железы, повышая качество жизни, при этом сокращая затраты на отдельно взятого пациента.

Хирургическая тактика лечения больных раком желудка при вариантной анатомии целиако-мезентериального бассейна

Захаренко А. А., Вовин К. Н., Морозов А. Н.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Вариабельность висцеральных сосудов встречается в 10–30%. Имеются анатомические варианты, при которых магистральные артерии желудка отходят от аорты или верхней брыжеечной артерии. Рекомендуемая стандартизированная хирургическая техника определена для типичной сосудистой анатомии.

Цель

Улучшение результатов хирургического лечения больных раком желудка путем оптимизации диагностического алгоритма и коррекции хирургических приёмов.

Материалы и методы

В исследование включены 176 больных раком желудка с $T1-4N1-2M0$, которые прошли лечение в ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова в 2012–2017 гг. Предложен лечебно-диагностический алгоритм: спиральная КТ в ангиографическом режиме (СКТА) + в случае отхождения магистрального сосуда, участвующего в кровоснабжении желудка от аорты (АО) и/или верхней брыжеечной артерии (ВБА), выполняли расширенную лимфодиссекцию D2+ № 16a2 и 16b1. Все пациенты были радикально оперированы. Результаты лечения оценены у 108 пациентов (основная группа), контрольную группу ($n=120$) составили больные, у которых сосудистую анатомию не изучали. Оценивали величину кровопотери, время операции, частоту послеоперационных осложнений и отдалённую выживаемость.

Результаты

У 32,9% ($n=58$) больных выявлена вариантная анатомия висцеральных сосудов верхнего этажа брюшной полости. При СКТА выявлены следующие типы анатомии сосудов (классификация Van Damme, 1990). 1-й тип: типичная трифуркация чревного ствола — 67,1% ($n=118$). Выполняли стандартную D2-лимфодиссекцию. 1-й тип с добавочными артериями выявлен у 21,6% ($n=38$). При наличии дополнительных артерий от АО или ВБА

к желудку выполняли расширенную лимфодиссекцию D2+ № 16a2 и 16b1, при наличии дополнительных артерий к печени и диафрагме выполняли D2-лимфодиссекцию. 2-й тип: бифуркация чревного ствола (ЧС), третья ветвь отходит от АО, ВБА или селезеночной артерии (СА), отмечен у 10,2% ($n=18$). Выполняли расширенную лимфодиссекцию D2+ № 16a2 и 16b1. При отхождении одной из ветвей от СА, общей печеночной артерии выполняли D2-лимфодиссекцию. 3-й тип: отсутствие ЧС с отхождением его ветвей от АО и ВБА, СА, в том числе единым чревно-брыжеечным стволом, верифицирован у 1,1% ($n=2$). В данном варианте выполняли лимфодиссекцию D2+ № 16a2 и 16b1. Чувствительность СКТА — 95,7%, специфичность — 94,4%, точность — 95,4%. Средняя кровопотеря в основной группе, где учитывали сосудистую анатомию, оказалась в 1,95 раза меньше и составила $126,5 \pm 22$ мл, а в контрольной группе — $246,7 \pm 34$ мл ($M \pm m$, $p=0,0276$). Длительность операции, несмотря на увеличение объема лимфодиссекции в некоторых случаях, также оказалась меньше ($M \pm m$, $p=0,249$). Уровень послеоперационных осложнений статистически не различался. При морфологическом исследовании лимфатических узлов группы № 16a2 и 16b1 у 66,7% ($n=18$) пациентов основной группы с расширенной лимфодиссекцией D2+ выявлено метастатическое поражение. Отдаленные результаты лечения в основной группе оказались лучше: одно-, двух- и трехлетняя выживаемость составила 91,7; 75 и 54,2% соответственно, медиана выживаемости — $60 \pm 9,9$ мес. В контрольной группе выживаемость составила 87,1; 71,3 и 49,5% соответственно, медиана выживаемости — $52,6 \pm 12,3$ мес.

Выводы

Выполнение СКТА на дооперационном этапе является эффективным способом визуализации магистральных сосудов, позволяющим планировать объем операции, избежать периоперационных осложнений и улучшить отдаленные результаты лечения у больных раком желудка путем повышения радикальности оперативного вмешательства.

Сравнение эффективности разных методик внутрибрюшной химиотерапии

Захаренко А. А., Зайцев Д. А., Беляев М. А., Натха А. С.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Продолжительность жизни больных с карциноматозом брюшины составляет в среднем не более 6 мес. Наибольшую эффективность в лечении имплантационных метастазов показали методики регионарной химиотерапии. В настоящее время практически отсутствуют исследования, сравнивающие эффективность различных методов внутрибрюшинной химиотерапии.

Цель

Экспериментальная и клиническая оценка эффективности основных методик внутрибрюшной химиотерапии, алгоритм применения различных методик внутрибрюшной химиотерапии в клинической практике.

Материалы и методы

Проведено четыре серии экспериментальных исследований на кроликах. В каждой серии оценивали эффективность одного из методов регионарной химиотерапии при их стандартных параметрах и одинаковой концентрации химиопрепарата (Цисплатин 1 мг/кг) — открытый НИРЕС ($n=15$), закрытый НИРЕС ($n=15$), лапароскопический НИРЕС ($n=15$), РИРАС ($n=15$). Методом масс-спектрометрии оценивали концентрацию платины в брюшине и крови, равномерность окраски брюшины индигокармином. В клиническую часть включены 38 больных раком желудка с распространенным карциноматозом брюшины, разделенные на четыре группы: открытый НИРЕС ($n=10$), закрытый НИРЕС ($n=10$), лапароскопический НИРЕС ($n=10$), РИРАС ($n=10$). Оценивали осложнения и побочные эффекты, гистологический эффект и апоптозный индекс.

Результаты

Максимальная концентрация платины в брюшине при методиках НИРЕС составила 3,7 мкг/мг, тогда как при применении РИРАС — 2,6 мкг/мг. Наиболее равномерную окраску наблюдали при открытом НИРЕС и РИРАС, что подтверждалось значением градиента концентрации платины в брюшине — 0,77 при РИРАС, 0,95 — при открытом, 1,42 — при закрытом, 1,98 — при лапароскопическом НИРЕС. Открытый, закрытый и лапароскопический НИРЕС вызвали более выраженный морфологический ответ опухоли на терапию (50; 55 и 42% соответственно) и уровень индуцированного апоптоза ($37\pm 5,4$; $32\pm 2,5$ и $35\pm 3,4\%$ соответственно), чем РИРАС (41 и $21\pm 2,8\%$). Наименьшее число послеоперационных осложнений и нежелательных явлений было отмечено при применении РИРАС (8,3 и 75%), при открытом, закрытом и лапароскопическом НИРЕС эти показатели составили 40 и 100%, 22,2 и 100%, 28,5 и 100% соответственно.

Выводы

Метод РИРАС рекомендован как основной компонент комплексного лечения карциноматоза брюшины как в адьювантном, так и в лечебном режимах ввиду наилучшего распределения по брюшной полости, наименьшей степени хирургической агрессии и соизмеримой противоопухолевой эффективности. Методика открытой НИРЕС является оптимальной для комбинирования с циторедуктивными оперативными вмешательствами, так как наиболее эффективна среди других методов регионарной химиотерапии, однако она связана с более высоким уровнем осложнений и нежелательных явлений, сложностями многократного применения.

Эффективный режим лапароскопической аэрозольной внутрибрюшинной химиотерапии

Захаренко А. А., Натха А. С., Беляев М. А., Зайцев Д. А.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Карциноматоз брюшины — один из вариантов прогрессирования опухолей желудочно-кишечного тракта. Продолжительность жизни пациентов без лечения не превышает 5 мес. Значимое место в лечении занимает регионарная химиотерапия. Методику PIPAC применяют с редуцированными дозами цитостатиков. Существует мало сведений о комбинации PIPAC с хирургическими методами лечения.

Цель

Апробация разработанного режима PIPAC и сравнение его с общепринятым, оценка концентрации платины в брюшине, осложнений и побочных эффектов (протокол STCAE), объективного опухолевого эффекта (протокол RECIST 1.1), объективного гистологического эффекта (PRGS), апоптозного индекса (метод TUNNEL).

Материалы и методы

В исследование включены 23 пациента. Больные отобраны согласно полу, возрасту и коморбидности. Общепринятый режим PIPAC — Цисплатин 7,5 мг/м², Доксорубин 1,5 мг/м², 30 мин, 37°C, 12 мм рт. ст. — применён у 12 пациентов (контрольная группа), PIPAC в экспериментально разработанном режиме — Цисплатин 75 мг/м², Доксорубин 15 мг/м², 15 мин, 37°C, 12 мм рт. ст. — выполнен у 11 пациентов (основная группа). Хирургическое вмешательство выполняли под общей анестезией с использованием лапароскопической техники.

Результаты

Средняя концентрация платины у больных контрольной группы составила 2,2 мг/мл, основной — 12,1 мг/мл, при этом уровень платины в крови оставался низким и сильно не отличался в обеих группах — 0,07 и 0,09 мг/мл соответственно. Тяжёлых послеоперационных осложнений, потребовавших повторного хирургического вмешательства или лечения в отделении интенсивной терапии, не отмечено. Нежелательные явления 1-й и 2-й степени отмечены практически у всех пациентов, которые купировали консервативной терапией и не влияли на сроки стационарного лечения. Объективный опухолевый ответ отмечен у 42% ($n=5$) пациентов контрольной группы и у 64% ($n=7$) — основной. Гистологический ответ (PRGS) отмечен у 42% ($n=5$) больных контрольной группы и у 54% ($n=6$) — основной. Средняя продолжительность жизни пациентов основной группы — 11,7 мес, контрольной — 8,2 мес.

Выводы

При апробации режимов PIPAC, послеоперационных осложнений и нежелательных явлений 3-й и 4-й степени не отмечено. Разработанный режим показал большую эффективность по сравнению с общепринятым в виде большего показателя объективного опухолевого ответа — 64% ($n=7$) и 42% ($n=5$) пациентов, патоморфологического ответа — 42% ($n=5$) и 54% ($n=6$) соответственно, уровень индуцированного апоптоза в основной группе составил 44%, в контрольной — 27%. Отмечено увеличение выживаемости пациентов основной группы по сравнению с контрольной — 11,7 мес против 8,2 мес.

Мультидисциплинарность как основной вектор эволюции современной хирургической методологии

Кащенко В. А.

ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова» ФМБА, Санкт-Петербург
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

Цель

Анализ различных дисциплинарных подходов с точки зрения организации лечебного процесса в многопрофильной клинике, преимуществ и недостатки дисциплинарного, междисциплинарного и мультидисциплинарного подходов.

Мультидисциплинарность является наиболее значимым вектором эволюции хирургической методологии. С развитием наших представлений о различных заболеваниях, последние утрачивают свою дисциплинарную принадлежность. Сегодня мы говорим не о хирургических болезнях, а о хирургическом компоненте мультидисциплинарности. Это не уменьшает роль и объем реализации хирургии. Уступив «хирургические болезни» мультидисциплинарной команде, хирурги оказывают непосредственное влияние на диагностический блок, работу специалистов терапевтической направленности. Теоретические разделы хирургии вплетаются в основание других специальностей, изменяют их идеологию. Происходит взаимопроникновение специальностей. Одной из связующих категорий в рамках мультидисциплинарного под-

хода является прогноз. Прогноз — научное предсказание будущих свойств предмета или ситуации исходя из её настоящих и прошлых признаков. Прогноз настоящего соответствует диагнозу. Большинство современных определений, категорий и классификаций эволюционируют в направлении усиления их прогностической значимости.

Внедрение мультидисциплинарного подхода сопровождается рядом объективных трудностей. Специалисты расходятся во взглядах на пути решения проблем, ставят перед собой разные задачи. Мультидисциплинарная работа требует эффективного принятия решений, четкого распределения ролей и обязанностей. Но самая главная проблема — преподавание мультидисциплинарного подхода в вузах, поскольку большинство современных программ учебных дисциплин традиционно составлены по монодисциплинарному принципу.

Таким образом, современная клиника требует выстраивания гармоничной системы взаимодействия различных дисциплинарных подходов, от которого в большой степени зависит итоговый клинический и финансовый успех учреждения.

Реализация междисциплинарного подхода в многопрофильном стационаре на примере лечения больных гастроинтестинальными стромальными опухолями

Кащенко В. А.^{1,2}, Орлова Р. В.^{1,2}, Глузман М. И.²

¹ ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова» ФМБА, Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

Актуальность

Гастроинтестинальные стромальные опухоли являются наиболее распространенными мезенхимальными образованиями желудочно-кишечного тракта. Однако диагностика и лечение данных новообразований представляет известную проблему. Все большее значение в последнее время приобретают современные дорогостоящие технологии, такие как эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) с возможностью проведения тонкоигольной аспирационной пункции, видеокапсульная эндоскопия (ВКЭ), а также иммуногистохимия. Кроме того, в лечении данных пациентов все чаще применяют эндоскопические и лапароскопические вмешательства, которые обеспечиваются наличием новейшего оборудования и квалифицированных специалистов. Все это требует междисциплинарного взаимодействия врачей различного профиля для принятия коллегиальных решений.

Цель

Оптимизация лечебно-диагностической программы у пациентов со стромальными опухолями желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы

Проанализированы амбулаторные карты и истории болезни 60 пациентов с гастроинтестинальными стромальными опухолями, проходивших лечение в Клинической больнице № 122 им. Л. Г. Соколова (Санкт-Петербург) с 2012 по 2017 г.

Результаты

Было отмечено, что эти опухоли в одинаковой степени поражают мужчин и женщин, причем среди обоих полов чаще заболевали люди старшего поколения. Средний возраст — $65,5 \pm 0,3$ года. Чаще всего опухоли располагались в желуд-

ке — 66,7%, тем не менее у 27,3% опухоли обнаружены в тощей и подвздошной кишке и у 6% — в двенадцатиперстной кишке. Клинические проявления опухоли выявлены у 39,4% пациентов, в то время как у остальных больных образования явились случайной находкой при обследовании. Всем пациентам в качестве предоперационного обследования были выполнены ЭУС, КТ брюшной полости с трехфазным контрастированием, а при подозрении на опухоль тонкой кишки — ВКЭ. Открытые вмешательства по удалению образований были выполнены у 36 (60%) больных, малоинвазивные технологии — у 24 (40%). У 4 пациентов в послеоперационном периоде развились осложнения IIIб типа по классификации Clavien–Dindo, у 2 больных — IIIа типа. При этом восстановительный период в группе малоинвазивных вмешательств протекал гораздо быстрее. У всех больных был достигнут отрицательный край резекции по данным патоморфологического исследования.

Выводы

Таким образом, полноценное предоперационное определение стадии с использованием самых современных методик позволяет не только определить лечебную тактику, но и адекватно спланировать предполагаемый объем оперативного пособия и доступ. Кроме того, применение в клинической практике новейших хирургических технологий позволяет совершать онкологически радикальные малоинвазивные оперативные вмешательства, что обеспечивает лучшие ближайшие послеоперационные результаты. Не менее важным аспектом также являются тесные коммуникации между специалистами различного профиля, что позволяет индивидуализировать тактику лечения каждого пациента с данной патологией.

Мультимодальное лечение гепатоцеллюлярного рака ранней и промежуточной стадии

Котив Б. Н., Дзидзава И. И., Алентьев С. А., Слободяник А. В., Смородский А. В., Солдатов С. А., Молчанов А. А., Аполлонов А. А., Махмудов К. И.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Несмотря на улучшение диагностики и методов хирургического и периперационного лечения, прогноз при гепатоцеллюлярном раке (ГЦР) остается неудовлетворительным. В литературе предлагается несколько классификаций ГЦР. Наиболее распространенной является Барселонская система стадирования рака печени (BCLC — Barcelona Clinic Liver Cancer), рекомендованная для определения тактики лечения и прогноза. Согласно критериям BCLC, на ранних стадиях (BCLC-A) рекомендуется резекция печени, трансплантация печени или радиочастотная абляция (РЧА), тогда на промежуточной стадии (BCLC-B) следует применять только паллиативное лечение в режиме трансартериальной химиоэмболизации. Однако обе стадии представляют собой гетерогенную популяцию, и стратегия лечения в этих случаях по-прежнему остается дискуссионной.

Цель

Оценка результатов лечения пациентов с ГЦР на ранней и промежуточной стадии по BCLC.

Материалы и методы

В исследование включены 142 пациента с ГЦР ранней и промежуточной стадии по BCLC: 46 — BCLC-A, 96 — BCLC-B. Группа пациентов с промежуточной стадией включала три подгруппы (BCLC-B1–3) согласно модифицированной подклассификации Bolondi et al с учетом критериев Kinki. Для оценки функционального состояния печени использовали критерии Child-Pugh и клиренс-тест индоцианина зеленого (ИЦЗ). Лечебные опции включали резекцию печени (РП), регионарную химиотерапию (масляную химиоэмболизацию печеночной артерии — МХЭПА, химиоинфузию печеночной артерии — ХИПА), РЧА опухоли.

Результаты

В группу BCLC-A отнесены пациенты с единичной опухолевым узлом. У 28 больных на первом этапе выполнена РП. У 12 пациентов с раз-

мером опухоли 7 см и более лечение начинали с предоперационной МХЭПА. У 5 пациентов в связи с низкой скоростью плазменной элиминации ИЦЗ (СПЭ_{ИЦЗ}) и недостаточным пострезекционным объемом печени потребовалась предоперационная эмболизация воротной вены (ПЭВВ). В послеоперационном периоде 24 пациентам проведено 3–6 курсов адьювантной региональной химиотерапии. У 6 пациентов в связи с низкой СПЭ_{ИЦЗ} (<10%/мин) лечение включало МХЭПА с последующей РЧА. Показатели 1-, 3- и 5-летней общей выживаемости (ОВ) составили 88; 68 и 54%, медиана — 52 мес.

Стратегия лечения ГЦР промежуточной стадии строилась следующим образом. В подгруппе В1 ($n=26$) для селекции и оценки агрессивности опухоли выполняли 1–3 курса МХЭПА. У 3 больных МХЭПА сочетали с ПЭВВ. РП в последующем оказалась возможна в 73,1% случаев. У 3 пациентов в связи с прогрессированием и у 4 — в связи с риском развития пострезекционной печеночной недостаточности (СПЭ_{ИЦЗ} <7%/мин) от РП отказались. 1-, 3- и 5-летняя ОВ составила 82; 60 и 46%, медиана — 46,2 мес. В подгруппе В2 ($n=56$) применяли лечебную МХЭПА. Достигнут один полный ответ, частичный ответ наблюдали в 30,4%, стабилизацию — в 50%, прогрессирование — в 17,8%. У 6 пациентов 2–4 курса лечебной МХЭПА на фоне СПЭ_{ИЦЗ} >10%/мин позволили выполнить РП за счет уменьшения размеров опухолевых очагов. ОВ у 72% пациентов данной подгруппы составила 1 год, у 42% — 3 года, у 30% — 5 лет, медиана — 19,4 мес. В подгруппе В3 ($n=14$) в связи с низкими функциональными резервами печени лечебную регионарную химиотерапию проводили в режиме 1–2 МХЭПА с последующей ХИПА. Показатели 1-, 3-, 5-летней ОВ составили 42; 25 и 0%, медиана — 10,2 мес.

Выводы

Рациональная комбинация регионарной химиотерапии и резекционных методик с учетом функционального состояния печени позволяет повысить эффективность лечения как ранней, так и промежуточной стадии ГЦР.

Голосовая реабилитация больных после полного удаления гортани с применением биологической обратной связи

Красавина Е. А., Чойнзонов Е. Л., Балацкая Л. Н.

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Томск

Актуальность

Основным методом лечения местно-распространенного рака гортани остается комбинированный, когда на хирургическом этапе выполняется ларингэктомия. Данный объем оперативного вмешательства позволяет радикально удалить опухоль, но неизбежно приводит к тяжелым нарушениям дыхательной и голосообразующей функций. Восстановление голосовой функции после ларингэктомии является важной задачей и имеет определяющее значение в плане улучшения качества жизни онкологического больного.

Цель

Улучшение качества жизни ларингэктомированных больных с помощью восстановления голосовой функции по методике с применением биологической обратной связи.

Материалы и методы

В исследование были включены 42 больных раком гортани III–IV стадии после ларингэктомии. Голосовую реабилитацию проводили по методике с использованием биологической обратной связи на основе математического моделирования голосообразования, разработанной в ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН. Логовосстановительную терапию начинали в ранний послеоперационный период после снятия швов и удаления носопищеводного зонда. Для восстановления голосовой функции применяли реабилитационный компьютерно-программный комплекс «РЕАЛОГ». Использовали три типа голосовых тренировок: вызывание звука псевдоголоса, увеличение длительности фонации, увеличение частоты основного тона. Для каждого типа тренировок применяли определенный набор параметров.

Результаты

На этапах логотерапии с помощью спектрального анализа компонентов речевого сигнала было выявлено, что вследствие голосовых тренировок частота основного тона гласных [а], [о], [и] увеличилась у всех больных с 30–40 до 80–162 Гц. Длительность фонации при появлении псевдоголоса в отраженной речи составила 50–80 мс, после логовосстановительной терапии этот показатель увеличился в среднем до 1 120 мс, а в отдаленные сроки — через 1 год — до 2 500–3 000 мс. Относительная нестабильность частоты основного тона гласных [а], [о], [и] в результате реабилитационных мер снизилась в среднем на 30%. Соотношение полезного сигнала к шуму увеличилось с –20 до 18 дБ и приблизилось к показателям нормальной речи. Длительность паузы во фразе между словами уменьшилась с 700 до 270 мс. Благодаря применению биологической обратной связи для формирования и закрепления навыка пищеводной фонации при голосовых тренировках пациент получал возможность контролировать и целенаправленно изменять частоту основного тона и длительность фонации псевдоголоса. Это позволяет шире использовать компенсаторные возможности организма и ускорить процесс формирования речевых навыков.

Выводы

Голосовая функция была восстановлена у 92,8% пациентов в сроки от 10 до 30 дней. Таким образом, применение методики восстановления голосовой функции ларингэктомированных больных с использованием биологической обратной связи и компьютерных технологий позволяет повысить эффективность голосовой реабилитации, сократить сроки и значительно улучшить качество жизни.

Предпосылки для создания шкалы риска инфертильности после риск-адаптированной терапии детей и подростков с лимфомой Ходжкина

Курочкина Д. Н.¹, Звягинцева Д. А.², Кулева С. А.², Иванова С. В.², Цырлина Е. В.²

¹ ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)», Санкт-Петербург

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Лимфома Ходжкина (ЛХ) стала первым онкологическим заболеванием, при котором выявилась возможность полного излечения большей части больных, что сделало эту опухоль уникальной моделью для изучения отдаленных последствий противоопухолевой терапии, в том числе и гонадотоксичности.

Цель

Анализ прекоцептивных переменных с определением для них весовых индексов и прогностических коэффициентов у пациентов, пролеченных в детстве от ЛХ.

Материалы и методы

В исследование включены сведения о 52 пациентах, в детстве переболевших ЛХ. Период наблюдения составил 8,5 года, медиана наблюдения — 7 (2,6; 13,4) лет. Лечение всех пациентов осуществляли по двум риск-адаптированным протоколам — DAL-HD и оригинальному протоколу СПб ЛХ, разработанному группой ученых (СПб). По программе DAL-HD были пролечены 14 (26,9%) человек, по СПб ЛХ — 38 (73,1%). Для оценки овариального резерва у выживших пациентов в исследовании было использовано определение маркеров фертильности антимюллерового гормона, ингибина В, ФСГ и ЛГ, эстрадиола. Был проведен ROC-анализ для двоичного кодирования признаков и корреляционно-регрессионный анализ для определения парных коэффициентов корреляции фертильности.

Результаты

Группы больных не отличались существенно по полу, возрасту, стадии заболевания. Угнетение фертильной функции отмечено у 6 (42,9%) об-

следованных, получивших лечение по протоколу DAL-HD, у 8 (57,1%) уровень половых гормонов был в пределах нормы. Гипофункция гонад была больше характерна для мужчин — 5 (35,7%), снижение овариального резерва зарегистрировано у 1 (7,1%) пациентки. Из 38 обследованных, леченных по оригинальному протоколу СПб ЛХ, снижение фертильной функции было выявлено у 5 (13,2%) пациентов — у 3 (7,9%) молодых мужчин и 2 (5,3%) женщин (при нормальном менструальном цикле). При ROC-анализе наглядные характеристические кривые были построены для девяти детерминант, однако было выделено только шесть прекоцептивных факторов риска, играющих роль в развитии гипогонадизма: возраст 12 лет и старше, использование программы DAL-HD, 3-я группа риска при стратификации, кумулятивная доза ЦФ 2 г/м² и выше, Прокарбазина — 3 г/м² и выше, облучение лимфоколлекторов ниже диафрагмы. При построении корреляционной матрицы оказалось, что связь между всеми факторами и гипофункцией гонад является значимой ($p < 0,05$). Уравнение множественной регрессии может быть представлено следующим образом: $\bar{y} = 1,362777 - 0,034475$ (возр.) $+ 0,090649$ (гр. риска) $- 0,509350$ (DAL-HD) $+ 0,862719$ (ЦФ) $- 0,514559$ (Прокарбазин) $+ 0,096774$ (ЛГ), $R^2 = 0,383945424$. В полученной шестифакторной модели вариация фертильности в 38,4% объясняется вариациями этих факторов.

Выводы

Найденные переменные можно в дальнейшем использовать для создания шкалы инфертильности после риск-адаптированной терапии детей и подростков с ЛХ для профилактики неполноценности герминативной функции организма.

Роль экспрессии *PD-L1* в клетках плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта

Кутукова С. И.^{1,2}, Беляк Н. П.¹, Раскин Г. А.³, Манихас Г. М.^{1,2}, Иваськова Ю. В.^{1,2}

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

³ ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А. М. Гранова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

В настоящее время планирование лечения пациентов со злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта осуществляется, в большинстве случаев, эмпирическим путем и в основном базируется на опыте хирурга или онколога. Расширение возможностей лабораторной диагностики, совершенствование хирургической техники, разработка новых химиотерапевтических препаратов и их комбинаций, возможность сочетанного химиолучевого лечения вызывает необходимость индивидуализации подхода к планированию комплексного и комбинированного лечения. Выбор оптимальной тактики комбинированного или комплексного лечения является важной стратегической задачей при выборе метода лечения больного плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта.

Цель

Изучение экспрессии *PD-L1* в опухолевых и иммунных клетках плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 60 больных плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта (I–IV стадия). Во всех случаях проведено иммуногистохимическое исследование экспрессии *PD-L1* клоном *BCDdx1020* (Биокад).

Результаты

Уровень экспрессии *PD-L1* в опухолевых клетках варьировал от 0 до 70%, а в иммунных клетках — от 0 до 15%. У большинства пациентов — 24 (43,64%) экспрессия *PD-L1* в опухолевых клетках отсутствовала; у 9 (16,36%) уровень экспрессии составил 1–4%, у 17 (30,91%) — 5–50%, у 5 (9,1%) — более 50%. Анализ уровня экспрессии *PD-L1* в иммунных клетках вы-

явил, что у 7 (12,73%) пациентов экспрессия *PD-L1* отсутствовала, у 30 (54,55%) уровень варьировал от 1 до 4%, у 13 (23,64%) — от 5 до 9%, у 5 (9,10%) был более 10%. Медиана общей выживаемости (ОВ) у пациентов, опухоль которых не экспрессировала *PD-L1*, составила 17 мес (95% ДИ 8–185 мес); у пациентов с низким (1–4%) уровнем экспрессии *PD-L1* в опухоли — 9 мес (95% ДИ 2–36 мес); у пациентов со средним (5–50%) уровнем экспрессии *PD-L1* в опухоли — 13 мес (95% ДИ 7,5–19 мес). Полученные результаты не позволяют говорить о достоверной разности ОВ у этих пациентов. А вот медиана ОВ у 5 пациентов, опухоль которых экспрессировала *PD-L1* >50%, до настоящего момента еще не достигнута и в среднем составляет 55 ($\sigma=14,722$) мес. Медиана ОВ у пациентов, иммунные клетки которых не экспрессировали *PD-L1*, составила 12 мес (95% ДИ 4–185 мес); у пациентов с низким (1–4%) уровнем экспрессии *PD-L1* в иммунных клетках — 13 мес (95% ДИ 7,5–34,5 мес); у пациентов со средним (5–9%) уровнем экспрессии *PD-L1* в иммунных клетках составила 15 мес (95% ДИ 9–15 мес); у 5 пациентов, иммунные клетки которых экспрессировали *PD-L1* $\geq 10\%$, — 17 мес (95% ДИ 3–36 мес). Полученные результаты не позволяют говорить о достоверной разности ОВ, однако прослеживается тенденция к ее повышению с возрастанием экспрессии *PD-L1* в иммунных клетках.

Выводы

Определение уровня экспрессии *PD-L1* в опухолевых и иммунных клетках у больных плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта показало, что опухоли являются весьма гетерогенными по данному признаку, а анализ выживаемости позволил выявить прогностическую ценность определения количественного уровня экспрессии *PD-L1* в опухолевых и иммунных клетках.

Современные эндоскопические методы диагностики и лечения предраковых изменений и раннего рака желудка

Ларин Д. Б.

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Актуальность

В настоящее время эндоскопия является основным методом диагностики предраковых изменений и раннего рака различных отделов желудочно-кишечного тракта. Рак желудка во всем мире, в том числе и в России, занимает 2–3-е место в структуре онкологической заболеваемости и смертности от онкопатологии. В большинстве стран мира общая пятилетняя выживаемость больных даже после радикального хирургического лечения рака желудка не достигает 30%. Это связано с тем, что рак желудка чаще всего выявляют, в основном, на III стадии, когда высок риск лимфорегионарного и гематогенного метастазирования. Важной задачей становится выявление предраковых поражений желудка, их своевременное лечение, проведение регулярных обследований этих пациентов для профилактики развития рака желудка и выявления его ранних форм. Возможности современной эндоскопии наилучшим образом отвечают поставленной цели ранней диагностики предрака и рака желудка, а также малотравматичного лечения этих поражений при наличии показаний.

Цель

Рассмотрение возможностей современной эндоскопии в диагностике и эндоскопическом лечении раннего рака и предраковой патологии желудка.

Терминология и классификации

Согласно Парижской эндоскопической классификации поверхностных желудочно-кишечных неоплазий, разработанной в 2002 г., эпителиальные образования, ограниченные слизистой оболочкой и подслизистым слоем стенки желудка, несущие элементы предраковых изменений/рака или подозрительные в этом отношении, определяются как поверхностные эпителиальные опухоли желудка. Данная классификация утвердила определение раннего рака желудка, введенное Японским обществом гастроэнтерологической эндоскопии в 1962 г.: ранний рак — это опухоль, ограниченная слизистой оболочкой или подслизистым слоем стенки желудка, независимо от на-

личия или отсутствия метастазов в регионарные лимфатические узлы. Для макроскопической классификации раннего рака и поверхностных эпителиальных образований желудка Японским обществом гастроинтестинальной эндоскопии был выделен дополнительный тип «0» в наиболее известной во всем мире классификации распространенного рака желудка Borjmann (1926 г.), описывающей четыре макротипа рака желудка: полиповидный/грибовидный, блюдцеобразный, инфильтративно-язвенный, диффузный инфильтративный. Также был добавлен пятый тип — неклассифицируемая опухоль. Внутри типа «0» выделяют следующие подтипы: 0-I — возвышающийся (0-Ip — на ножке, 0-I_s — на широком основании, 0-I_{sp} — промежуточный тип — на суженном основании), 0-II — уплощенный (0-II_a — уплощенный приподнятый, 0-II_b — плоский, 0-II_c — уплощенный углубленный), 0-III — изъязвленный. Данная классификация принята и для всех поверхностных эпителиальных неоплазий.

Согласно Международной классификации ВОЗ (2000 г.), выделяют следующие злокачественные эпителиальные опухоли желудка: аденокарцинома, плоскоклеточный рак, железисто-плоскоклеточный рак, недифференцированный рак и неклассифицируемый рак. Около 95% всех злокачественных опухолей желудка составляет аденокарцинома. По современным представлениям, развитие рака желудка происходит на фоне предшествующих изменений слизистой оболочки под действием неблагоприятных факторов среды, хотя нельзя исключить возможность формирования его *de novo*. Таким образом, выделяют предраковые заболевания и состояния, которым соответствует более высокая частота развития рака желудка: хронический атрофический гастрит, болезнь Менетрие, состояние после резекции желудка, аденоматозные полипы желудка и др.

На фоне длительно существующих предраковых состояний могут возникать и медленно прогрессировать предраковые изменения и поражения, представляющие собой конкретные участки слизистой оболочки, в которых нача-

лись процессы нарушения дифференцировки клеток, — участки кишечной метаплазии или дисплазии (неоплазии) эпителия разной степени тяжести. Большинство этих изменений потенциально обратимо, только дисплазия эпителия тяжелой степени, характеризующаяся значительными изменениями в структуре клетки, является, по мнению большинства исследователей, облигатным предраком. Японские патологи в связи с этим приравнивают дисплазию эпителия тяжелой степени к раннему раку, в то время как для западных и российских патологов необходимым условием для диагностики раннего рака является наличие гистологических критериев и признаков инвазивного роста, то есть изменений не только в строении отдельных клеток, но и всего эпителиального слоя. Указанные представления обобщены в пересмотренной Венской классификации желудочно-кишечных неоплазий, согласно которой понятие дисплазии эпителия приравнено к интраэпителиальной неоплазии, что точнее отражает значение этих изменений в слизистой оболочке (табл. 1).

Исходя из вышесказанного, для выполнения задач эндоскопии необходимо:

- выявление поверхностных эпителиальных образований и их прецизионная диагностика с помощью современных уточняющих эндоскопических методов;
- определение дальнейшей тактики лечения (наблюдение, удаление, паллиативное лечение — разрушение опухоли, стентирование и пр.);
- выбор способа удаления эпителиального образования (хирургия, эндоскопическая резекция или диссекция).

Возможности первичной и уточняющей эндоскопической диагностики предраковых изменений и раннего рака желудка

За последние десятилетия значительно улучшилось качество изображения, получаемого с помощью эндоскопов. На смену фиброскопам пришли видеоэндоскопы, а затем и эндоскопические системы высокого разрешения, позволяющие рассмотреть отдельные элементы слизистой оболочки и некоторые элементы поверхностной сосудистой сети. Эндоскопическое исследование позволяет выполнить прицельную биопсию из предполагаемого патологического очага для последующего гистологического исследования, что необходимо для морфологической верификации диагноза и определения тактики лечения (см. табл. 1).

Разработаны различные методики, повышающие контрастность изображения слизистой оболочки при эндоскопическом исследовании. Хромоскопия — методика прижизненного окрашивания слизистой оболочки. Растворы красителей распыляют по поверхности слизистой оболочки с помощью специального катетера, проведенного через инструментальный канал эндоскопа. Красители, используемые для хромоскопии, делятся на три группы (табл. 2).

В дальнейшем были разработаны методики виртуальной хромоскопии, при которых контрастное усиление изображения слизистой оболочки желудка происходит за счет применения различных комбинаций светофильтров или компьютерной обработки изображений. Такие возможности в настоящее время предоставляют большинство производителей современной видеоэндоскопической аппаратуры.

Таблица 1

Пересмотренная Венская классификация желудочно-кишечных неоплазий

Тип	Диагноз	Клинические показания
1	Отсутствие неоплазии	Наблюдение
2	Сомнительная интраэпителиальная неоплазия	Наблюдение
3	Интраэпителиальная неоплазия (аденома/дисплазия) низкой степени	Эндоскопическая резекция/наблюдение
4	Интраэпителиальная неоплазия высокой степени без инвазии в подслизистый слой	Эндоскопическая или локальная хирургическая резекция
4.1	Интраэпителиальная неоплазия (аденома/дисплазия) высокой степени	
4.2	Интраэпителиальный рак (рак <i>in situ</i> , ограниченный базальной мембраной)	
4.3	Подозрение на внутрислизистый рак, распространяющийся за пределы базальной мембраны	
4.4	Внутрислизистый рак (распространяющийся за пределы базальной мембраны на собственную пластинку слизистой оболочки)	
5	Рак с инвазией в подслизистый слой	Хирургическая резекция

Красители, используемые в хромокопии

Абсорбируемые	Контрастирующие	Реактивные
Захватываются клетками эпителия, способными к всасыванию (тонко- и толстокишечный эпителий, опухолевые клетки), и окрашивают их	Не проникают в клетки, но подчеркивают структуру и рельеф слизистой оболочки	Проникают в клетки эпителия и реагируют с некоторыми веществами внутри клеток
Метиленовый синий	Индигокармин, генциановый фиолетовый, толуидиновый синий	Раствор Люголя

Методика узкоспектральной эндоскопии NBI — narrow-band imaging («Olympus», Япония) характеризуется применением для освещения слизистой оболочки исключительно зеленого и синего света определенных длин волн (540 и 415 нм). Синий цвет характеризуется наименьшей проникающей способностью в слизистую оболочку, поглощается ее поверхностными структурами и мелкими капиллярами. Зеленый свет имеет большую длину волны и проникает в ткани глубже, поглощается более глубоко залегающими капиллярами. Окружающая бессосудистая ткань отражает эти световые волны. Благодаря этому капилляры выглядят темными на светлом фоне, что значительно повышает контрастность изображения, а применение узких спектров света обеспечивает высокую четкость изображения.

При развитии эпителиальной неоплазии желудка, помимо структурных изменений желез и поверхности слизистой оболочки, изменяется также поверхностная микрососудистая сеть, в случае инвазии — и сосуды подслизистой основы. Вот почему тщательная оценка капиллярной сети крайне важна для диагностики поверхностных эпителиальных неоплазий желудка.

Помимо методик повышения контрастности изображения, разработаны эндоскопические системы, позволяющие увеличивать изображение поверхности слизистой оболочки желудка до 100 раз и более и выполнять прижизненную хромокопию подозрительных участков. Увеличительная (или zoom) эндоскопия («Olympus», Япония) позволяет увеличить изображение слизистой оболочки до 115 раз, в результате чего появляется возможность прицельно рассмотреть отдельные желудочные ямки, поверхностную железистую и микрососудистую структуру слизистой оболочки и, оценив ее, предположить доброкачественный или злокачественный характер образования. Совместное применение с контрастирующими методиками позволяет значительно повысить частоту выявления поверхностных эпителиальных образований в желудке.

В настоящее время во всем мире предпринимаются попытки выявить корреляции различных типов ямочного (*pit pattern*) и микрососудистого рисунка (*microvascular pattern*) и соответствующего им гистологического строения. Большинство исследователей сходятся во мнении, что нерегулярность ямочного и капиллярного рисунка с наличием демаркационной линии на границе нормальной и патологической слизистой оболочки чаще всего соответствует развитию интраэпителиальной неоплазии в желудке. Применение такого подхода показало высокую диагностическую точность: при оценке полиповидных поверхностных эпителиальных образований чувствительность и специфичность составили 82,4 и 97,3 % соответственно. Однако применение данного метода требует определенных навыков и опыта, и для подтверждения полученных результатов необходимы дополнительные исследования.

Для определения наличия и глубины инвазии поверхностных эпителиальных новообразований желудка, для оценки вовлечения регионарных лимфатических узлов при раннем раке желудка применяют методику эндоскопической ультрасонографии (ЭУС). Эндоскопический ультразвук обладает высокой разрешающей способностью — менее 1 мм, и современные приборы позволяют различить 5–9 слоев в структуре стенки желудка. Для выбора метода удаления эпителиального образования крайне важно определить, имеет ли место инвазия в подслизистый слой. По данным исследований, точность традиционной ЭУС для разграничения внутрислизистой локализации и наличия подслизистой инвазии поверхностных эпителиальных новообразований желудка невелика — около 63 %, однако применение высокочастотных ультразвуковых зондов позволяет повысить точность исследований до 80 %. Точность ЭУС в определении поражения регионарных лимфатических узлов значительно превосходит спиральную КТ, а для уточнения поражения лимфоузлов опухолью возможно проведение тонкоигльной аспирационной биопсии под контролем ЭУС.

В настоящее время исследуются возможности новых эндоскопических методов диагностики поверхностных эпителиальных образований желудка. Флюоресцентная эндоскопия основана на различии спектров свечения нормальных и патологических участков слизистой оболочки желудка. Конфокальная лазерная эндомикроскопия путем получения множества оптических срезов на разной глубине слизистой оболочки позволяет прижизненно исследовать ее трехмерное строение с увеличением в 1000 раз, что равноценно прижизненной конфокальной микроскопии. Пока недостаточно данных, чтобы оценить значение данного метода, однако по некоторым данным диагностическая точность его сравнима с увеличительной узкоспектральной эндоскопией (zoom+NBI).

Эндоскопические методы лечения предраковых изменений и раннего рака желудка

Возможности диагностической эндоскопии в выявлении минимальных изменений слизистой оболочки желудка поддерживаются развитием малоинвазивных методик, с помощью которых патологический очаг можно устранить эффективно и безопасно, с минимальной травмой для организма пациента. Разработаны современные эндоскопические методы удаления образований слизистой оболочки. К ним относятся различные варианты эндоскопической резекции слизистой оболочки (ЭРСО), эндоскопическая диссекция подслизистого слоя (ЭДПС), полнослойные резекции органа, вариант эндоскопической диссекции с элементами туннелирования. Эти методы позволяют с большей частотой удалять поверхностные эпителиальные образования, в том числе неполипвидные, полностью, единым блоком и в пределах неизменных тканей, что значительно снижает вероятность рецидива образования по сравнению с методикой стандартной полипэктомии.

Методике стандартной полипэктомии применяют, в основном, для удаления полиповидных образований на ножке или узком основании. Она заключается в захватывании полипа диатермической петлей с последующим ее затягиванием у основания полипа и пересечением его электрокоагуляцией. Применение данного метода для удаления полипов на широком основании, плоских и углубленных типов поверхностных эпителиальных образований желудка связано с повышенной опасностью повреждения стенки органа ввиду невозможности четкого контроля глубины

резекции, большей вероятностью неполного удаления образования за один раз и в пределах неизменных тканей. Для удаления таких образований была разработана методика эндоскопической резекции слизистой оболочки. Ее отличительной особенностью является удаление образования с окружающей неизменной слизистой оболочкой.

Стандартные этапы эндоскопического удаления поверхностного эпителиального образования включают:

- хромоскопию для уточнения границ образования;
- нанесение коагуляционных меток по периметру образования отступая от его края 2–3 мм;
- инъекцию в подслизистый слой под образование специальных растворов для создания безопасной прослойки между образованием и мышечным слоем стенки желудка перед выполнением резекции;
- удаление образования через эндоскоп.

При этом эпителиальное образование, ограниченное слизистой оболочкой, хорошо приподнимается на этой «гидроподушке», что является важным прогностическим признаком отсутствия подслизистой инвазии образования.

Разработано несколько вариантов эндоскопической резекции слизистой оболочки:

- резекция диатермической петлей;
- ЭРСО с применением специального колпачка на дистальном конце эндоскопа, по внутреннему контуру которого в специальный желобок укладывают диатермическую петлю; эндоскоп с колпачком подводят к эпителиальному образованию, при помощи внешнего отсоса через инструментальный канал эндоскопа в полости колпачка создают вакуум, образование втягивается в колпачок, после чего на его основании затягивают петлю и проводят отсечение образования с помощью электрокоагуляции;
- ЭРСО с использованием двухканального эндоскопа; при удалении образования через один канал эндоскопа проводят диатермическую петлю, через другой — специальный захват для удержания и подтягивания образования;
- ЭРСО с предварительным лигированием основания эпителиального образования.

Указанные методы применяют чаще всего ввиду их простоты и доступности оборудования, но их применение ограничено образованиями размером до 2 см, так как при больших размерах резко

снижается вероятность резекции единым блоком. Для удаления крупных образований была разработана техника ЭДПС, основанная на прямом рассечении подслизистой оболочки с использованием специальных эндоскопических электрохирургических ножей. Данная методика позволяет удалять образования неправильной формы, большого размера, четко контролировать весь процесс и глубину рассечения тканей, но является технически более сложной и инвазивной. Она характеризуется большей частотой гистологически полных резекций и резекций единым блоком по сравнению с традиционными видами ЭРСО, что обуславливает низкую частоту местных рецидивных образований, в том числе раннего рака желудка (табл. 3). Большая часть данных получена по результатам исследований в Японии, Китае, Корее. На сегодняшний день результаты применения этих методов в западных странах, в том числе и в России, исследованы недостаточно.

Эндоскопические методы резекции применяются, прежде всего, для удаления очаговых предраковых изменений слизистой оболочки желудка (аденома/дисплазия эпителия легкой и тяжелой степени). По современным представлениям, они могут применяться и для лечения раннего рака желудка при условии крайне низкого риска лимфорегионарного метастазирования. Для прогнозирования риска вовлечения лимфатических узлов при раннем раке желудка наибольшее значение имеют следующие критерии:

- макроскопический тип опухоли;
- размеры опухоли;
- степень дифференцировки;
- глубина инвазии опухоли;
- признаки инвазии опухоли в кровеносные и лимфатические сосуды по данным гистологического исследования.

Вероятность лимфорегионарного метастазирования, по данным различных исследований,

для внутрислизистого рака варьируется от 0 до 5,6%, для рака желудка с подслизистой инвазией — от 16,5 до 23,6%. И если первые два критерия определяют эндоскопически, то последние три можно достоверно определить только по результатам гистологического исследования целиком удаленного патологического очага, и они являются наиболее значимыми для определения дальнейшей тактики лечения.

Таким образом, Японской ассоциацией изучения рака желудка (The Japanese Gastric Cancer Association) были сформулированы основные показания для эндоскопического лечения при раннем раке желудка, которыми широко пользуется весь мир: средне- и высококодифференцированная аденокарцинома, до 2 см в наибольшем диаметре, без изъязвления на поверхности, без инвазии в подслизистый слой. Для удаления таких образований можно применять как ЭРСО, так и ЭДПС.

По данным ряда исследований, были определены условия, когда риск метастазирования раннего рака желудка относительно низкий и сравним с операционным риском традиционных хирургических вмешательств. На основании этой информации Японской ассоциацией изучения рака желудка были предложены расширенные показания для эндоскопического лечения раннего рака:

- внутрислизистый умеренно- и высококодифференцированный рак, отсутствие лимфоваскулярной инвазии, безотносительно наличия язвы, размер опухоли менее 3 см;
- внутрислизистый умеренно- и высококодифференцированный рак, отсутствие лимфоваскулярной инвазии, без признаков изъязвления, независимо от размера опухоли;
- внутрислизистый низкокодифференцированный рак, отсутствие лимфоваскулярной инвазии, без признаков изъязвления, размер опухоли менее 2 см;

Таблица 3

Сравнительные непосредственные результаты применения ЭРСО и ЭДПС для лечения эпителиальных образований с тяжелой дисплазией и раннего рака желудка по данным двух метаанализов

Показатель	ЭРСО, %	ЭДПС, %
Частота резекции единым блоком	43,4–77,7	88,6–98,6
Частота гистологически полных резекций	24,6–75,7	73,6–95,1
Частота местных рецидивов	2,0–35	0–5,1
Частота кровотечений	0–5,1	0,1–15,6
Частота перфораций	0,5–1,9	1,2–9,7
Общая пятилетняя выживаемость	82,5–96	97,1
Пятилетняя болезнь — специфическая выживаемость	99	100

- минимальная инвазия в подслизистый слой (до 500 мкм), умеренно- и высокодифференцированный рак, отсутствие лимфоваскулярной инвазии, размер опухоли менее 3 см.

В указанных случаях эндоскопическое удаление раннего рака желудка может быть применено при невозможности выполнения хирургической операции по причине высокого операционно-анестезиологического риска или отказа пациента. Для удаления таких типов раннего рака желудка рекомендуется применять методику ЭДПС, обладающую большими техническими возможностями. В настоящее время во всем мире широко исследуется применение эндоскопических методов для лечения поверхностных эпителиальных образований и раннего рака желудка, продолжается накопление опыта, совершенствование техники и уточнение показаний.

Современная эндоскопическая техника делает возможным диагностику предраковых

состояний и поражений желудка, выявление даже совсем небольших плоских поверхностных эпителиальных образований, подробное исследование поверхности слизистой оболочки и подлежащих сосудов, что позволяет, в свою очередь, заподозрить неопластические изменения и выбрать область для биопсии. Различные эндоскопические методики разработаны для улучшения первичной и уточняющей диагностики эпителиальных образований желудка. Развитие оперативной эндоскопии обеспечило возможность малоинвазивного, органосохраняющего и эффективного лечения поверхностных эпителиальных образований желудка, и в том числе раннего рака желудка, ограниченного слизистой оболочкой. Продолжаются исследования возможностей диагностической и оперативной эндоскопии, разработка новых и совершенствование имеющихся эндоскопических технологий.

Опыт успешного хирургического лечения рака лёгкого IIIВ стадии после индукционной химио- и таргетной терапии (клинический случай)

Левченко Е. В.¹, Агеев А. Г.², Левченко Н. Е.¹, Максименко А. А.²,
Беляева Т. В.³, Беляев А. Н.⁴, Кубеков И. Ю.¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

² Алтайский филиал ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина», РАМН, Барнаул

³ Алтайский краевой онкологический диспансер, Барнаул

⁴ Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Клинический случай

Больной К., 1980 г. р., поступил на лечение в Краевой онкологический диспансер Барнаула 5.09.2017 г. с диагнозом центрального рака верхней доли правого лёгкого T2N3M0 IIIВ ст. *mts* в шейно-надключичные и лимфоузлы средостения. R-графия лёгких от 10.08.2017 г. — правое лёгкое уменьшено в объёме за счёт гиповентиляции и частичного ателектаза верхней доли, корень правого лёгкого расширен. ФБС от 6.09.2017 г. — просвет субсегментарных бронхов V3 справа стенозирован инфильтрированной бугристой слизистой оболочкой. УЗИ от 8.09.2017 г. — в шейно-надключичных областях с обеих сторон лоцируются неоднородные лимфоузлы размером справа 5×6×7 мм, слева 15×11×18 мм, деформация ЖП, диффузные изменения печени, поджелудочной железы. МСКТ грудной клетки от 23.08.2017 г. — центральный *c-r* правого лёгкого, перибронхиально-разветвлённая форма, *mts* в лимфоузлы средостения. Цитологическое исследование пунктата из лимфоузлов левой шейно-надключичной области — клетки низкодифференцированной аденокарциномы. Гистологически из верхнедолевого бронха справа — низкодифференцированная аденокарцинома ацинарного типа высокой степени злокачественности, G3. Мутация гена *EGFR* не выявлена. Выявлена *ALK*-транслокация. ПЭТ КТ от 19.09.2017 г. — признаки *mts* в надключичных лимфоузлах слева около 9 мм, в лимфоузлах средостения с обеих сторон, в забрюшинном пространстве около 1 см. В период с сентября по декабрь 2017 г. проведено четыре цикла химио-

терапии: Цисплатин — 150 мг в/в 1 день, Гемцитабин — 1,9 г/сут, 8 дней. С января по март 2018 г. получал таргетную терапию — Кризотиниб 250 мг 2 раза в сут. КТ грудной клетки от 31.01.2018 г. — положительная динамика: уменьшились лимфоузлы средостения и опухолевый узел в области правого корня. ПЭТ КТ от 13.03.2018 г. — отмечен полный метаболический ответ опухоли. 15 марта 2018 г. прооперирован в Институте онкологии Н. Н. Петрова (Левченко Е. В.). Выполнена сверхрасширенная комбинированная верхняя билобэктомия с циркулярной резекцией правого главного бронха и лёгочной артерии, билатеральной лимфодиссекцией средостения, лимфодиссекцией левой шейно-надключичной области. В удалённом препарате выявлена остаточная опухоль в средней доле 14 мм на фоне пневмофиброза. Метастазы в виде мелких групп клеток в одном из двух лимфоузлов 6-й группы, в одном из двух лимфоузлов 2R группы, один лимфоузел 4R группы, один из двух исследованных лимфоузлов 3p группы. Края резекции сосудов и бронхов вне опухоли. Молекулярно-генетическое исследование — обнаружена транслокация *ALK*. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан на 8-е сутки после операции. При ПЭТ КТ от 3.08.2018 г. — данных о прогрессировании опухолевого процесса нет. Данное наблюдение иллюстрирует возможность комбинированного подхода в лечении больных распространённым раком лёгкого с активирующими мутациями после индукционной химио- и таргетной терапии.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 17-75-30027).

Выбор хирургической тактики при местно-распространенном раке толстой кишки у больных старших возрастных групп

Майстренко Н. А., Сазонов А. А.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

В последние годы рак толстой кишки занимает лидирующие позиции как по уровню заболеваемости, так и по показателям смертности среди всех онкологических заболеваний. Высокая частота встречаемости местно-распространенных форм колоректального рака с преобладанием среди больных лиц пожилого и старческого возраста остается основной преградой на пути к улучшению результатов хирургического лечения данной патологии.

Цель

Улучшение результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с местно-распространенным колоректальным раком при помощи персонализированного подхода к выбору хирургической тактики.

Материалы и методы

С января 2010 г. по декабрь 2017 г. комбинированные и расширенные вмешательства были выполнены 236 пациентам с местно-распространенным раком толстой кишки. Пациенты были разделены на две группы по возрасту: основная — 144 больных пожилого и старческого возраста; контрольная — 92 пациента моложе 60 лет. При сравнении характеристик опухолевого процесса значимых различий между группами выявлено не было. Для оценки функциональной операбельности был проведен комплексный анализ значимости различных показателей общесоматического статуса у пациентов. В рамках изучения влияния молекулярно-биологических свойств опухоли на отдаленные результаты лечения проводили иммуногистохимическое исследование опухолей у представителей обеих групп.

Результаты

Развитие осложнений в послеоперационном периоде было зафиксировано у 37% больных основной группы и у 28% — контрольной, госпитальная летальность составила 2,1 и 1,1% соответственно. В ходе дисперсионно-корреляционного анализа было установлено, что высокие показатели индекса коморбидности М. Чарлсона (≥ 7 баллов), наряду с принадлежностью пациента к III–IV классу по шкале ASA, являются независимыми предикторами послеоперационных осложнений и летальности у больных герiatricеского профиля. Общая трехлетняя выживаемость в основной группе составила 63,4%, в контрольной — 67,6%. При этом канцер-специфическая смертность больных герiatricеского профиля оказалась ниже, чем пациентов моложе 60 лет — 26,7% против 30,6%. В ходе сравнительного анализа результатов иммуногистохимической диагностики была установлена взаимосвязь высокой численности стволовых пролифелирующих раковых клеток и неблагоприятных отдаленных результатов лечения. При этом удельный вес данной клеточной популяции у больных старше 60 лет был меньше, чем у пациентов молодого и среднего возраста.

Выводы

Выбор хирургической тактики у больных старших возрастных групп с местно-распространенным раком толстой кишки должен основываться на комплексной оценке их функциональной операбельности, что необходимо для снижения уровня послеоперационных осложнений и летальности. Иммуногистохимическая диагностика предоставляет важную информацию о потенциале злокачественности опухоли, что может быть использовано для прогнозирования отдаленных результатов лечения данной патологии.

Маммографический скрининг рака молочной железы в Санкт-Петербурге: 10 лет

Манихас Г. М., Борисов П. С., Агеева А. О., Сафронова О. Б., Худякова Е. Г.

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Актуальность

Рак молочной железы занимает 1-е место в структуре онкологической заболеваемости и в структуре онкологической смертности у женщин как в Российской Федерации, так и в Санкт-Петербурге. Основной причиной высокой смертности от рака молочной железы является поздняя диагностика.

Цель

Внедрение модели дистанционного скрининга рака молочной железы и её оптимизация в условиях мегаполиса для раннего выявления рака молочной железы, до появления клинических симптомов, снижения смертности и экономических затрат на лекарственную терапию поздних стадий.

рованное онкологическое учреждение здравоохранения. С августа 2016 г. внедрена интерпретация маммографических снимков в соответствии с международной классификацией BI-RADS (система описания и обработки лучевых исследований молочной железы).

Результаты

В 2016 г. в СПб ГБУЗ ГКОД дообследованы 184 пациентки, из них рак молочной железы — 102 случая (*Tis* — 5, I — 30, II — 32, III — 19, IV — 2, *n/y* — 14), доброкачественные новообразования — 82 случая. В 2017 г. в СПб ГБУЗ ГКОД дообследованы 190 пациенток, из них рак молочной железы — 110 случаев (*Tis* — 1, I — 33, II — 33, III — 12, IV — 3, *n/y* — 28), доброкачественные новообразования — 80 случаев.

Показатель	Годы								
	2008–2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Число просмотренных снимков	2652	3746	3177	3114	3877	2689	10 987	46 074	46 496
Приглашено для дообследования (<i>Rg</i> -подозрений на рак / <i>Rg</i> -признаки рака)	211 (160/51)	74 (55/19)	114 (103/11)	199 (142/57)	131 (93/38)	257 (200/57)	741 (600/141)	531 (387/144)	
BI-RADS 0–3	—	—	—	—	—	—	—	55	18
BI-RADS 4	—	—	—	—	—	—	—	194	369
BI-RADS 5	—	—	—	—	—	—	—	25	144

Материалы и методы

Целевая группа — женщины 39–69 лет, зарегистрированные в Санкт-Петербурге. Интервал проведения — раз в 2 года. Скрининг организован путём маммографического обследования молочной железы в двух проекциях по месту жительства. Результаты (рентгенологические снимки) передаются по защищенным каналам связи через Центральный архив медицинских изображений на рабочую станцию врача-рентгенолога экспертного кабинета СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» для «второго чтения» маммограмм («second look») и приглашения пациенток при выявлении подозрения на рак молочной железы (BI-RADS>3) для дообследования, минуя районного онколога (по «зеленому коридору») напрямую в специали-

Выводы

С момента внедрения маммографического скрининга отмечена положительная тенденция по выявлению рака молочной железы на ранних стадиях в Санкт-Петербурге (прирост за 10 лет — 11,97%). Простота и доступность применяемого метода в совокупности со стандартизацией экспертной оценки снимков по шкале BI-RADS позволяет достоверно сократить время до установления диагноза и начала лечения. Недостаточный охват женского населения в первую очередь связан с отсутствием модернизированного порядка проведения скрининга и тарифа на проведение «второго мнения» в программе ОМС. Сохраняется тенденция низкого уровня мотивации и заинтересованности женщин к участию в скрининге.

Опыт применения интраоперационной лучевой терапии после неоадьювантной системной терапии рака молочной железы

Манихас А. Г.¹, Гринёв И. А.¹, Оганесян А. С.¹, Чикризов С. И.¹, Манихас Г. М.^{1,2}

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФПО ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Хирургический этап в комплексном лечении раннего рака молочной железы остается основным. На современном этапе отмечается тенденция к уменьшению объема хирургических вмешательств в сторону органосохраняющих операций.

Цель

Улучшение результатов лечения раннего рака молочной железы T2N0M0 путем внедрения в клиническую практику оригинального метода, включающего последовательное применение биопсии сигнальных лимфатических узлов, неоадьювантной лекарственной терапии и интраоперационной лучевой терапии.

Материалы и методы

В исследование была включена 101 пациентка, проходившая лечение в СПб ГБУЗ ГКОД в период с 2014 г. по 2016 г. Основным критерием включения являлась клиническая стадия T2N0M0. Всем больным была показана мастэктомия (пациентки не являлись кандидатами на органосохраняющее лечение). В основную группу попали пациентки ($n=51$), получившие лечение по исследуемой методике. В контрольную группу были рандомизированы 50 больных, которым была выполнена мастэктомия. В основной группе проводили оценку поздней токсичности после радиохирургии с использованием шкалы LENT-SOMA. Оценка качества жизни проводили по результатам опросников QLQ-C30 и QLQ-BR23.

Результаты

В основной группе химиотерапия была назначена 32 больным, остальным 19 — Экземестан. С учетом клинико-рентгенологического ответа опухоли на неоадьювантную терапию, 49 (96%) пациенткам основной группы удалось выполнить органосохраняющую операцию (туморэктомию с интраоперационным облучением). Метастазы в регионарных лимфатических узлах были выявлены у 19 (37,3%) пациенток. Подмышечная лимфодиссекция была выполнена 12 (23,5%) пациенткам. В 7 (13,7%) случаях было решено воздержаться от лимфодиссекции (в случае микрометастазов или 1 макрометастаза в сигнальных лимфоузлах при удалении трех и более лимфоузлов). Качество жизни после органосохраняющих операций по предложенному методу было значительно выше, чем после мастэктомии, по данным опросников. Оценка поздних результатов токсичности после радиохирургии по шкале LENT-SOMA показала, что применение интраоперационной лучевой терапии хорошо переносится. При медиане наблюдения 31 мес данных о местных рецидивах нет.

Выводы

Разработанный метод комплексного лечения раннего рака молочной железы является эффективным и безопасным, способен обеспечить такой же контроль за местным рецидивированием, как и мастэктомия. Предложенный метод обеспечивает статистически значимое более высокое качество жизни.

Перспективы химиотерапевтического лечения трижды негативного рака молочной железы в Санкт-Петербургском городском клиническом онкологическом диспансере

Манихас Г. М.^{1,2}, Манихас А. Г.^{1,3}, Бабешкин Р. Н.¹, Шемеровский А. К.¹,
Гринёв И. А.¹, Скворцов В. А.¹, Оганесян А. С.¹

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

³ ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А. М. Гранова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Трижды негативный рак молочной железы — крайне агрессивная форма злокачественных опухолей молочной железы с высоким уровнем метастазирования, частым возникновением рецидивов и низкой выживаемостью по сравнению с другими подтипами рака молочной железы.

Цель

Разработка и внедрение в клиническую практику СПб ГБУЗ ГКОД оптимизированного подхода к лекарственной терапии больных тройным негативным раком молочной железы.

Материалы и методы

В исследование были включены 930 пациенток (21–88 лет, средний возраст 49±8,5 года), проходивших лечение в СПб ГБУЗ ГКОД с 2005 по 2018 г. У всех больных до начала лечения был верифицирован инвазивный рак молочной железы IIА–IIIС стадии с тройным негативным фенотипом по данным иммуногистохимического исследования опухолевого материала. Пациентки были разделены на две группы: 1-я — 201 (21,6%), получившие неoadъювантную системную терапию; 2-я — 729 (78,4%), получившие адъювантное лечение. Всем больным проводили химиотерапию по схемам: *CMF*, *FAC/FEC* и таксан-содержащие режимы (*T*, *TC*, *AT*, *TAC*) и схемы, включающие препараты платины (*CarbC*, *C*), а в качестве хирургического лечения выполняли радикальную мастэктомию по Madden либо радикальную секторальную ре-

зекцию молочной железы. Для пациенток обеих групп была оценена безрецидивная выживаемость с минимальным временем наблюдения 36 мес.

Результаты

Частота рецидивов (локальных, регионарных и отдаленных) болезни достоверно выше во 2-й группе по сравнению с пациентками 1-й группы, получавшими неoadъювантное лечение (35,8% против 11,9%). Аналогичные данные получены при анализе доли смерти от всех причин (27,2% против 8,5%) и смерти от рака (24,9% против 6,8%). Нами продемонстрировано увеличение времени безрецидивной выживаемости у пациенток 1-й группы по сравнению с пациентками 2-й группы. Через год после окончания лечения преимущество в выживаемости у пациенток 1-й группы составило 10% (91,1 и 81,1% соответственно). Наибольшая разница проявляется после 36 мес наблюдения, — преимущество у пациенток 1-й группы составило почти 30%: в 1-й группе — 74,6%, во 2-й — 40,7%.

Выводы

Комплексная лекарственная терапия трижды негативного рака молочной железы должна начинаться с неoadъювантной химиотерапии с последующим хирургическим и адъювантным лечением вне зависимости от стадии. Данный алгоритм имеет важное позитивное прогностическое значение и обеспечивает лучшие показатели безрецидивной и общей выживаемости.

Эрибулин в лечении пациенток с метастатическим раком молочной железы: опыт Санкт-Петербургского городского клинического онкологического диспансера

Манихас А. Г.^{1,2}, Раевская Н. В.¹, Оганесян А. С.¹, Коткова Т. Н.¹, Гринёв И. А.¹, Сулягина В. А.¹, Иткин И. М.¹, Беляева О. А.¹, Красноперова А. В.¹, Манихас Г. М.^{1,3}

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А. М. Гранова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

³ ФПО ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Эрибулин одобрен для клинического применения в России для лечения метастатического рака молочной железы в 2012 г.

Цель

Определение эффективности и переносимости Эрибулина в рутинной клинической практике.

Материалы и методы

Наш опыт использования Эрибулина у 41 пациентки с метастатическим раком молочной железы: 12 получали Эрибулин в рамках исследования EMBRACE, 8 — участвовали в 301 исследовании и 21 пациентка получала Эрибулин в рутинной клинической практике. Средний возраст больных — 52 года. 12 пациенток (29,3%) имели гормон-положительный *Her*-негативный статус опухоли; 25 (61%) имели трижды негативные опухоли и 4 (9,7%) — *Her*-положительное заболевание. У 28 (68,3%) больных были отмечены висцеральные метастазы, у 13 (31,7%) выявлены метастазы в отдаленных лимфатических узлах и/или в костях.

Все пациентки ранее получали таксаны и антрациклины.

Результаты

22 (53,7%) пациентки получили 5 циклов и более терапии Эрибулином, 2 из них получили 28 и 19 циклов и продолжают лечение. Полного ответа опухоли не отмечено ни у одной больной, частичный ответ — у 6 (14,6%), стабилизация заболевания — у 18 (43,9%), стабилизация 6 мес и более — у 13 (31,7%), прогрессирование — у 17 (41,5%). Таким образом, клинический эффект составил 46,3%. Наиболее частыми побочными явлениями являлись нейтропения (55,6%) III–IV степени (29,6%), астения (33,3%), периферическая полинейропатия (22,2%) и алопеция (14,8%).

Выводы

Эрибулин продемонстрировал высокую эффективность и хорошую переносимость у больных метастатическим раком молочной железы и может быть рекомендован таким пациенткам, особенно при трижды негативных опухолях.

Эффективность неоадьювантной системной терапии трижды негативного рака молочной железы

Манихас А. Г.¹, Шемеровский А. К.¹, Бабешкин Р. Н.¹,
Гринёв И. А.¹, Пасекова Д. С.², Манихас Г. М.^{1,2}

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФПО ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Трижды негативный рак молочной железы является наиболее агрессивным и наименее изученным молекулярным подтипом данного заболевания.

Цель

Определение эффективности последовательного применения схем DC и AC (dose-dense) в неоадьювантном лечении пациенток с трижды негативным раком молочной железы.

Материалы и методы

Дизайн исследования: больные I–III стадиями трижды негативного рака молочной железы; НАХТ — 4 цикла по схеме DC (Доцетаксел 75 мг/м² + Карбоплатин (AUC 5)); 4 цикла по схеме AC в dose-dense режиме (Доксорубин 60 мг/м² + Циклофосфамид 600 мг/м²); хирургическое лечение. В период с января 2017 г. по август 2018 г. 28 пациенток прошли лечение по указанной схеме. Средний возраст — 47,2 года (27–66 лет). Распределение по стадиям: I — 1 пациентка (3,6%), IIА — 6 (21,4%), IIВ — 7 (25%), IIIА — 6 (21,4%), IIIВ — 5 (17,9%), IIIС — 3 (10,7%). Эффективность неоадьювантной химиотерапии оценивали по классификации D. M. Sataloff. В ткани молочной железы: *T-A* — полный или почти полный лечебный эффект; *T-B* — субъективно лечебный эффект >50 %; *T-C* — субъективно лечебный эффект <50 %; *T-D* — отсутствие лечебного эффек-

та. В лимфатических узлах: *N-A* — отсутствие признаков метастатического поражения лимфоузлов, выраженный лечебный эффект; *N-B* — отсутствие признаков метастатического поражения лимфоузлов и лечебного эффекта; *N-C* — наличие признаков метастатического поражения лимфоузлов, лечебный эффект не выражен; *N-D* — метастазы в лимфоузлах без признаков лечебного патоморфоза.

Результаты

У 19 (67,9 %) пациенток удалось достичь тотального патоморфоза (*T-A/N-A*, *T-A/N-B*). Также у 3 (10,7%) пациенток отмечен тотальный патоморфоз в ткани молочной железы (*T-A*) при наличии метастатического поражения лимфоузлов (*N-C* или *N-D*). Не было ни одной больной, на которую бы не подействовала выбранная схема лечения. Всем больным выполнены хирургические вмешательства: 7 (25%) — органосохраняющая операция; 21 (75%) — мастэктомия. На данный момент у 2 (7%) пациенток отмечено прогрессирование заболевания — появление висцеральных метастазов.

Выводы

Последовательное применение схем DC и AC (dose-dense) в неоадьювантном лечении пациенток с трижды негативным раком молочной железы является высокоэффективным методом лечения, с учетом высокой вероятности достижения полного терапевтического патоморфоза.

Эффективность двойной таргетной блокады в комбинации с химиотерапией в неоадьювантном режиме при *HER2*-позитивном раке молочной железы

Манихас А. Г., Шемеровский А. К., Гринёв И. А., Бабешкин Р. Н., Манихас Г. М.

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Актуальность

Обусловлена лидерством рака молочной железы среди женской онкопатологии и особой агрессивностью *HER2*-позитивного подтипа данного рака.

Цель

Определение эффективности препаратов Пертузумаб+Трастузумаб в комбинации с Доцетакселом в неоадьювантном режиме лечения пациенток с *HER2*-позитивным раком молочной железы (РМЖ).

Материалы и методы

Двойная *Her2/neu*-блокада с успехом используется в СПб ГБУЗ ГКОД с 2016 г. Проведен анализ лечения 33 пациенток с I–IIIВ (*T1–4BN1–2M0*) стадией *HER2*+ РМЖ, получивших неоадьювантную терапию по схеме Трастузумаб+Пертузу-

маб+Доцетаксел (4 цикла), далее операция (РМЭ/ОСО), ЛТ, ХТ (в зависимости от *pCR*)+Трастузумаб до года. Средний возраст — 45,5 лет (26–72 года). Распределение по стадиям: I — 1 (3%), IIА — 8 (24,2%), IIВ — 9 (27,3%), IIIА — 4 (12,1%), IIIВ — 11 (33,4%), высокая экспрессия *Ki-67* (более 20%) — у 94% пациенток, ГР+ РМЖ — у 57,6%. Эффективность неоадьювантной химиотерапии оценивали по классификации D. M. Sataloff.

достичь у 20 (60,6%) пациенток. Не было ни одной больной, на которую бы не подействовала выбранная схема лечения. Прогрессирования в процессе лечения не возникало. Всех пациенток после проведения НАХТ удалось прооперировать. 26 (78,8%) пациенткам была проведена модифицированная радикальная мастэктомия по Madden, 7 (21,2%) была проведена органосохраняющая операция. Тактика дальнейшего (адьювантного) лечения зависела от лечебного патоморфоза: лечебный патоморфоз менее 50% — адьювантная химиотерапия 2Т+4FEC+Трастузумаб до 1 года; лечебный патоморфоз более 50% — 4FEC+Трастузумаб; тотальный патоморфоз (или почти тотальный) — 4FEC+Трастузумаб. Адьювантную дистанционную лучевую терапию проводили по показаниям (согласно рекомендациям NCCN и ASTRA).

Эффективность проведенной неоадьювантной терапии

<i>T–A</i> (тотальный регресс)		24 (73%) пациентки	
	<i>T–A/N–A</i> <i>T–A/N–B</i> <i>T–A/N–C</i>		2 (6,1%) пациентки 18 (54,5%) пациенток 4 (12,1%) пациентки
<i>T–B</i> (частичный регресс более 50%)		3 (9%) пациентки	
	<i>T–B/N–B</i> <i>T–B/N–C</i>		2 (6,1%) пациентки 1 (3%) пациентка
<i>T–C</i> (частичный регресс менее 50%)		6 (18%) пациенток	
	<i>T–C/N–B</i> <i>T–C/N–C</i> <i>T–C/N–D</i>		2 (6,1%) пациентки 3 (9,1%) пациентки 1 (3%) пациентка
<i>T–D</i> (без эффекта)		0	
<i>Итого</i>		33 (100%) пациентки	

маб+Доцетаксел (4 цикла), далее операция (РМЭ/ОСО), ЛТ, ХТ (в зависимости от *pCR*)+Трастузумаб до года. Средний возраст — 45,5 лет (26–72 года). Распределение по стадиям: I — 1 (3%), IIА — 8 (24,2%), IIВ — 9 (27,3%), IIIА — 4 (12,1%), IIIВ — 11 (33,4%), высокая экспрессия *Ki-67* (более 20%) — у 94% пациенток, ГР+ РМЖ — у 57,6%. Эффективность неоадьювантной химиотерапии оценивали по классификации D. M. Sataloff.

Результаты

Распределение пациенток по степени патоморфоза (D. M. Sataloff) дано в таблице. Полного лечебного патоморфоза (*ypT0/is+/ypN0*) удалось

Отдаленные результаты показали одногодичную безрецидивную выживаемость у 31 (94%) пациентки, прогрессирование (отдаленное метастазирование) возникло лишь у 2 (6%) пациенток с IIIВ стадией, дальнейшее наблюдение продолжается.

Выводы

Тотальный опухолевый регресс составил 73%, частичный ответ опухоли — 27%, без прогрессирования в процессе лечения. Таким образом, эффективность двойной таргетной блокады в сочетании с химиотерапией в неоадьювантном режиме представляется весьма эффективным методом лечения больных *HER2*-позитивным РМЖ.

Обоснование необходимости перевода всей онкологической службы осуществлять расчеты аналитических показателей только по базам данных популяционных раковых регистров

Мерабишвили В. М.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Петрова»
МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Проведение исследований оценки риска возникновения злокачественных новообразований (ЗНО) возможно только после создания надежной системы сбора и анализа собранных данных. Начало такой работы в нашей стране, как и за рубежом, было активно начато только после Второй мировой войны. Использование данных для оценки динамики онкологической заболеваемости в России стало возможным только с 70-х гг. XX в., а за рубежом — только с 3-го тома монографии «Рак на пяти континентах» (с данных 1968 г.).

Цель

Выявление степени надежности основных аналитических показателей онкологической службы для проведения эпидемиологических исследований, определение критериев, на основе которых возможно осуществить такие работы.

Материалы и методы

За основу исследований взяты сводные материалы государственной отчетности и базы данных восьми популяционных раковых регистров, работающих по нашим программам, переданные в МАИР для включения в XI том монографии «Рак на пяти континентах».

Результаты

При анализе итогов деятельности онкологической службы, проводимом на основе форм государственной отчетности, установлен ряд слабых мест — от системы сбора данных до расчета ана-

литических показателей. Система сбора данных о больных ЗНО в России существенно отличается от мировой неоправданной срочностью формирования отчета, когда явление еще не наступило — не получены данные об умерших минимум за последние отчетные 3 мес, а отчет надо передавать в МЗ РФ 20.01 за прошедший год. В результате, существенно занижается ряд аналитических показателей, в первую очередь одногодичная летальность, которая в России составляет 23 %, а в Германии и Англии — 40 % у мужчин и 30 % у женщин. Резко завышены показатели удельного веса у больных, выявленные в ранней стадии заболевания (более 50 и даже 60%), тогда как расчеты показателей выживаемости у больных ЗНО, приведенные на основе баз данных популяционных раковых регистров, свидетельствуют, что эти величины не превышают 20–30 %.

Выводы

Анализ закономерностей динамики аналитических показателей должен осуществляться как во всем мире, не ранее чем через год после отчетного года, только после тщательного контроля всех параметров регистрационных карт при формировании базы данных регистра (тщательный сбор всех случаев ЗНО за прошедший год, в том числе из ведомственных учреждений, исключение дублей, уточнение ряда других параметров регистрационной карты). Прежде, чем начинать эпидемиологические исследования, необходимо иметь надежную базу данных ракового регистра.

Болевой синдром у онкологического пациента (клинический случай из практики)

Мочалов А. А.

ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова»
МЧС России, Санкт-Петербург

Актуальность

На сегодняшний день лечение боли остается крайне актуальной проблемой здравоохранения России. В основе современного понимания эффективного лечения болевых нарушений лежит биопсихосоциальная модель (рассматривающая боль как совокупность социальных, психологических и физиологических факторов) и приверженность к междисциплинарному подходу. Междисциплинарный подход в лечении острой и хронической боли — это координация медицинских услуг в единой программе, регулярное взаимодействие разных медицинских специалистов под контролем лечащего врача и активное участие пациента. Жалобы пациента тесно связаны с тревогой, депрессией и неправильными убеждениями о своем состоянии. Осознанное вовлечение пациента в программу лечения обуславливает высокую результативность лечебного процесса. Важно помнить о «красных флагах» при постановке диагноза, планировании дообследования и лечения.

Материалы и методы

Клинический случай

Пациентка В., 79 лет, обратилась 29.08.2017 г. Жалобы на выраженную ноющую, ломящую боль в нижнегрудном отделе позвоночника слева, проецирующуюся в левый бок, нарушение ночного сна («мешает спать боль»). Анамнез: болеет с мая 2017 г., обращалась за помощью амбулаторно, принимала НПВС без стойкого эффекта. Усиление болей последнюю неделю. Анамнез жизни: в 1993 г. удаление левой почки (онкопатология). Объективно: сниженный эмоциональный фон, вынужденное положение в кровати, корсет. Местно: пальпируется мышечное уплотнение в нижнегрудном отделе слева. Предоставленные результаты обследования (текст заключений): МСКТ брюшной полости с контрастом от 15.08.2017 г.: состояние после нефрэктомии слева, новообразование правой почки. УЗИ позвоночника от 24.08.2017 г.: УЗИ-признаки ДДЗП; МРТ грудного отдела от 25.08.2017 г.: дегенеративно-дистрофические изменения в сегментах Th_1-Th_{XII} . Осмотрена урологом-онкологом, рекомендовано удаление единственной почки, болевой синдром

с образованием почки не связан. От операции пациентка отказалась («Сколько мне отмеряно, может, год проживу, а больше не надо») — страх диализа. Во время просмотра диска с МРТ выявлено объемное образование слева на уровне Th_x , которое рентгенолог не описал. Выполнено УЗИ мягких тканей 29.08.2017 г.: в области нижнегрудного отдела позвоночника слева определяется гиподенное, неоднородной структуры образование. При ретроспективном анализе МСКТ от 15.08.2017 г. совместно с урологом и рентгенологом ВЦЭРМ: КТ-картина гиперваскулярного образования нижнего полюса правой почки. Зона деструкции в области левого поперечного отростка Th_x , с масс-эффектом за счет мягкотканого компонента.

Пациентка с болевым синдромом сложной структуры (ноцицептивный, нейропатический компоненты в сочетании с психогенным) на фоне назначения Прегабалина 150 мг 2 раза в сутки и Трамадола 50 мг 4 раза в сутки потребовала применения когнитивно-поведенческой терапии. Были выявлены неправильные мысли, методично подвергнуты сомнению в представлении пациентки; заменены дезадаптивные убеждения на адаптивные, результатом чего явились биопсия метастаза (фенотип образования соответствовал светлоклеточной почечно-клеточной карциноме. Затем 12.09.2017 г. проведена операция: лапароскопическая резекция правой почки. 27.09.2017 г. — микрохирургическое тотальное удаление новообразования на уровне $Th_{IX}-Th_{XI}$ позвонков. Пациентка после курса ранней реабилитации выписана домой.

Выводы

Подобный пример наглядно демонстрирует эффективность междисциплинарного взаимодействия невролога, психотерапевта, нейрохирурга, уролога. Кроме того, сложность клинического случая показывает необходимость выделения отдельной специальности — алгологии с дополнительной углубленной подготовкой по теории боли, организации лечебного процесса, а также по рентгенологии, психотерапии, интервенционным методам лечения боли.

Мультидисциплинарный подход к лечению осложнений лучевой терапии

Николаева Е. Н.^{1,2}, Филатова Е. И.¹

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Лучевые реакции и осложнения даже при самом современном техническом обеспечении являются неизбежными спутниками успешного лучевого лечения. В ряде случаев они нивелируют результаты лечения основного заболевания, отдаляют возможность проведения дальнейшего лечения, существенно снижают качество жизни, могут стать причиной инвалидности и смерти. Риск, обусловленный лучевой терапией, сохраняется на протяжении всей жизни. Профилактика лучевых реакций и повреждений включает как тщательное планирование и осуществление облучения, использование всех современных технических возможностей лучевого лечения, так и последующее наблюдение за пациентом врачами разных специальностей, соблюдение пациентом врачебных рекомендаций.

Материалы и методы

У всех пациентов, получавших лучевое или химиолучевое лечение по поводу опухолей головы и шеи, необходима адекватная нутритивная поддержка, профилактика саркопении и кахексии. С учетом рисков ксеростомии, распространенного кариеса, остеонекроза челюсти необходимо динамическое наблюдение стоматолога, коррекция ксеростомии. В ряде случаев (например, при новообразованиях орбиты, век, носоглотки) необходимо динамическое наблюдение офтальмолога для своевременного выявления катаракты. У всех пациентов, получавших лучевую терапию на область шеи, необходимо наблюдение эндокринолога и контроль уровня ТТГ 1 раз в год. При проявлении клинической картины гипотиреоза — заместительная терапия.

Облучение головного мозга часто сопровождается проявлениями энцефалопатии, снижением когнитивных функций. Для своевременной диагностики и коррекции данных проблем необходимо участие невропатолога, в ряде случаев — психиатра.

Лучевая терапия на область грудной клетки может сопровождаться поражением коронарных артерий, относительный риск летального сер-

дечно-сосудистого осложнения после облучения средостения при лимфоме Ходжкина составляет 2–7, при раке левой молочной железы — 1–2,2. Непосредственно во время лучевой терапии кардиотоксичность проявляется очень редко. Артериит эндотелия коронарных артерий может вызвать раннюю ишемическую болезнь сердца и атеросклероз главным образом в левой передней нисходящей и правой коронарной артериях через 10–15 лет после облучения. Явления постлучевого перикардита могут возникать в сроки от нескольких месяцев до многих лет после облучения. Важно, чтобы такие пациенты находились под динамическим наблюдением кардиолога с оценкой липидного профиля, эхо-КГ, ЭКГ, с радионуклидным исследованием миокарда и ангиографией (по показаниям), особенно если они получили дозу на органы средостения более 30 Гр.

Достаточно высокие дозы, приводящие к повреждению легких, могут быть подведены при облучении опухолей органов грудной клетки, молочной железы, подключичных лимфатических узлов. Развитию более ранних и выраженных постлучевых повреждений легких способствуют повторные курсы лучевой терапии, пневмосклероз, хронические воспалительные процессы и ателектаз легочной ткани, пожилой возраст больных. Острую лучевую реакцию легочной ткани обозначают термином «пневмонит». Он проявляется через 3–6 мес после облучения сухим надсадным кашлем и умеренным отделением мокроты, субфебрильной температурой, болями в грудной клетке. Рентгенологическая картина характеризуется понижением пневматизации легочной ткани в проекции полей облучения, усилением легочного рисунка, утолщением плевры. В последующем происходит формирование пневмофиброза. Для данных пациентов необходимо динамическое наблюдение терапевта, пульмонолога.

При облучении малого таза возникают осложнения со стороны кишечника, мочевыделительной системы. В большинстве случаев в последующем необходимо наблюдение гастроэнтеролога и уролога для коррекции возникающих осложнений. У мужчин после облучения органов малого таза могут возникать снижение потенции,

сухость эякулята, у женщин после внутривлагалищной терапии актуальной проблемой является сухость и стенозирование влагалища, что является причиной снижения качества половой жизни. Для решения данных проблем необходимо участие андролога, сексопатолога, гинеколога.

Выводы

Таким образом, для обеспечения высокого качества жизни пациентов после облучения необходимо исключительно мультидисциплинарный комплексный подход и динамическое наблюдение на протяжении жизни.

Популяционная оценка выживаемости больных злокачественными новообразованиями гепатопанкреатодуоденальной зоны за 10 лет

Новикова Т. С.¹, Доможирова А. С.^{1,2}, Аксенова И. А.^{1,2}

¹ ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», Челябинск

² ФГБОУ ВО «Южноуральский государственный медицинский университет», Челябинск

Актуальность

Злокачественные новообразования (ЗНО) гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) остаются одной из нерешенных онкологических проблем. Практически во всех регионах России показатели смертности от этой группы заболеваний превышают показатели заболеваемости.

Цель

Оценка показателей выживаемости у больных ЗНО ГПДЗ в Челябинской обл. за 2007–2017 гг. по отдельным локализациям этой группы заболеваний, анализ уровня и динамики этих показателей.

Материалы и методы

Изучены данные Популяционного ракового регистра Челябинской обл. за 2007–2017 гг. Общее число наблюдений по базе данных регистра — 7984 случая ЗНО ГПДЗ (С22 — 2025, С23, 24 — 1005, С25 — 4954). Рассчитаны одно- и пятилетние кумулятивные показатели скорректированной выживаемости (учитывающей случаи смерти от основного заболевания) динамическим (актуальным) методом с использованием программного модуля «Расчет показателей выживаемости» (разработчик — ООО «Новел СПб», Санкт-Петербург).

Результаты

За 2007–2017 гг. кумулятивный показатель однолетней скорректированной выживаемости у больных ЗНО печени и внутрипеченочных желчных протоков составил $13,0 \pm 0,8\%$, ЗНО желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков — $30,6 \pm 1,6\%$, ЗНО поджелудочной железы — $18,2 \pm 0,6\%$. В конце исследуемого периода зарегистрировано значимое снижение кумулятивных показателей однолетней скорректированной выживаемости у больных ЗНО печени и внутри-

печеночных желчных протоков на $7,1\%$ ($p < 0,001$), ЗНО желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков — на $18,9\%$ ($p < 0,001$), ЗНО поджелудочной железы — на $4,3\%$ ($p < 0,001$), что указывает на несвоевременность оказания онкологической помощи этим больным на догоспитальном этапе и начала специального противоопухолевого лечения. За 2007–2017 гг. кумулятивный показатель пятилетней скорректированной выживаемости у больных ЗНО печени и внутрипеченочных желчных протоков составил $3,3 \pm 0,5\%$, ЗНО желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков — $10,4 \pm 1,3\%$, ЗНО поджелудочной железы — $5,3 \pm 0,4\%$. Кумулятивный показатель пятилетней скорректированной выживаемости у больных ЗНО печени и внутрипеченочных желчных протоков за исследуемые 10 лет снизился на $2,4\%$ ($p < 0,001$), ЗНО желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков — на $1,7\%$ ($p > 0,05$), что свидетельствует о низком качестве оказания онкологической помощи и организации диспансерного наблюдения за этими больными. Кумулятивный показатель пятилетней скорректированной выживаемости у больных ЗНО поджелудочной железы, напротив, увеличился на $1,6\%$ ($p > 0,05$), но динамика его крайне нестабильна.

Выводы

Имеет место недоучет первичных больных и низкое качество прижизненной диагностики ЗНО ГПДЗ. О неудовлетворительном состоянии оказания онкологической помощи этим больным свидетельствует снижение кумулятивных показателей скорректированной выживаемости за последние 10 лет. В течение года с момента установления диагноза умирают подавляющее большинство больных. Возможное решение проблемы — организация скрининга ЗНО ГПДЗ на уровне кабинетов УЗИ в общей лечебной сети.

Мультидисциплинарный подход к лечению онкологических пациентов

Орлов А. Е., Исхакова Г. Н., Чуйкова А. Ю., Тиханова Н. В.

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», Самара

Актуальность

Для лечения онкологических больных необходима согласованная работа специалистов различного профиля. Мультидисциплинарный подход обеспечивает комплексное лечение и последовательное сочетание разносторонних тактик. Среди госпитализированных, большинство пациентов средней и старшей возрастных групп, имеющих сопутствующую патологию. Увеличение числа пациентов с комплексом хронических заболеваний повышает риск осложнений при хирургическом лечении, лекарственной и радиотерапии. Химиотерапевтические препараты обладают кардиотоксическим эффектом, зачастую рефрактерным к лечению, выражающимся бессимптомными изменениями на ЭКГ, нарушениями ритма и проводимости, токсической кардиомиопатией с явлениями тяжелой сердечной недостаточности. Встречаются заболевания периферической нервной системы, и в частности полинейропатия, обусловленные иммунными поражениями нервов (хроническая воспалительная полинейропатия) при онкологическом процессе, лекарственным поражением на фоне химиотерапии, дисметаболическими расстройствами (сахарный диабет, анемия) и их сочетанием. У 75% пациентов со злокачественными новообразованиями имеется клиническая картина белково-энергетической недостаточности. Полиморбидный фон снижает функцию иммунной, кроветворной систем, приводит к полиорганной недостаточности. Онкологическое заболевание — значимый фактор риска возникновения венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений. Перед врачами разных специальностей стоит задача по своевременному выявлению, мониторингу и лечению осложнений, развивающихся в процессе и после терапии у онкологических больных.

Цель

Оценка комплексного подхода лечения специалистами различного профиля пациентов с онкологическими заболеваниями.

Материалы и методы

С 2012 г. на базе приемного отделения при первичном осмотре терапевт осуществляет стратификацию рисков лечения основного заболевания с учетом сопутствующей патологии и планируемых методов лечения. Для профилактики и лечения осложнений основных методов лечения, например кардио- и нейротоксичности, привлекают узких специалистов — кардиолога и невролога. При необходимости коррекции дисметаболических нарушений консультации проводят эндокринолог, диетолог, группа нутритивной поддержки. Осуществляется профилактика венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений, для этого в 2015 г. был разработан протокол их профилактики ГБУЗ СОКОД.

Результаты

Мультидисциплинарный подход привел к неуклонному снижению частоты развития ОНМК, инфаркта миокарда, тромбоэмболических осложнений. Улучшилось качество предоперационной подготовки, переносимость химио- и лучевого лечения, сократилась частота развития септических осложнений.

Выводы

Мультидисциплинарный подход позволяет получить пациентам с онкологическими заболеваниями последовательное сочетание различных лечебных тактик. Данная методика привела к снижению фатальной тромбоэмболии, сердечно-сосудистых осложнений, что повлекло за собой снижение длительности госпитализации, частоты послеоперационной летальности и улучшение качества жизни пациентов.

Опыт применения ингибитора контрольных точек иммунного ответа ниволумаба в реальной клинической практике

Орлова Р. В.^{1,2}, Авраменко И. В.¹, Борисов П. С.¹, Эрдниев С. П.¹, Жукова Н. В.¹

¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

² СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Актуальность

Основная задача лечения диссеминированного рака — увеличение общей выживаемости при сохранении удовлетворительного качества жизни. Приоритетным методом лечения опухолей на стадии диссеминации является лекарственная терапия. До настоящего времени стандартные виды противоопухолевого лечения были представлены различными классами: цитостатическая терапия, гормонотерапия, таргетная терапия. Достижения молекулярной биологии и иммунологии дали возможность синтезировать ингибиторы контрольных точек иммунного ответа. Создание данной группы препаратов изменило подходы к лечению больных немелкоклеточным раком (НМРЛ) и почечно-клеточным раком (ПКР). Одним из таких препаратов является ниволумаб. Основным механизмом действия препарата — блокировка взаимодействия рецептора программируемой смерти (PD-1) и его лиганд (PD-L1 и PD-L2). Применение стандартной химиотерапии у пациентов НМРЛ незначительно увеличивает время до прогрессирования, а таргетная терапия возможна лишь ограниченному количеству пациентов с наличием активирующих драйверных мутаций (25–30%). Противоположная ситуация — при лечении больных диссеминированным ПКР. Эффективность химиотерапии минимальная, а таргетной терапии — значительно выше и не требует наличия драйверных мутаций. Несмотря на это, в данной группе также развивается резистентность. Использование иммунотерапии существенно влияет на показатели выживаемости и является современным стандартом лечения.

Цель

Оценка эффективности и безопасности использования ниволумаба у пациентов диссеминированными формами НМРЛ и ПКР.

Материалы и методы

В программу расширенного доступа были включены 19 пациентов (3 женщины и 16 мужчин) 44–82 лет (средний возраст — 57,2 года), из них 6 — больных ПКР, 13 — НМРЛ. Лечение проводили с октября 2016 г. по август 2018 г. в СПб ГБУЗ ГКОД. Медиана времени наблюдения — 7,8 (3–22) мес. Все пациенты получали ранее 1–4 линии лечения: 1-ю — 13 (69%) пациентов, 2-ю — 3 (16%), 3-ю — 2 (10%), 4-ю — 1 (5%). Включение больных в исследование не зависело от уровня экспрессии PD-L1. Критерии включения: прогрессирование на фоне стандартного лечения, ECOG от 0–2, наличие таргетных очагов, отсутствие иммуноопосредованных заболеваний в анамнезе, подписание информированного согласия. Больные получали ниволумаб в стандартном режиме — 3 мг/кг 1 раз в 14 дней. Обследование проводили каждые 8 нед. В ходе исследования оценивали частоту общего ответа — полный ответ (ПО), частичный ответ (ЧО), стабилизация процесса (СП), — медиану времени до прогрессирования (мВДП), прогрессирование заболевания (ПЗ), безопасность лечения.

Результаты

Как видно из данных таблицы, частоту общего ответа наблюдали у 12 пациентов — у 2 с ПКР и у 10 с НМРЛ. Ниволумаб показал относительно благоприятный профиль токсичности. Осложнения лечения зарегистрированы у 8 (42%) пациентов. Наиболее частыми иммуноопосредованными осложнениями были бессимптомное увеличение уровня креатинина 1-й степени — у 2 пациентов, сыпь 1–2-й степени — у 3, слабость 1-й степени — у 3, гипотиреоз — у 1, пневмонит 1-й степени — у 1 (находка по КТ — без клинических проявлений). Нежелательных явлений 3–4-й степени

Эффективность использования ниволумаба у пациентов с диссеминированными формами НМРЛ и ПКР

n=19	ПО, n (%)	ЧО, n (%)	СП, n (%)	ПЗ, n (%)	мВДП, мес
ПКР (n=6)	0	1 (17)	1 (17)	4 (66)	4
НМРЛ (n=13)	1 (8)	2 (15)	7 (54)	3 (23)	9

не отмечено. Отмены препарата из-за токсичности не было.

Выводы

Исследование показало эффективность ниволумаба у пациентов с диссеминированным

НМРЛ и ПКР. Благоприятный профиль безопасности, отсутствие за период наблюдения серьезных нежелательных явлений, требующих госпитализации, а также режим введения препарата позволили проводить лечение в условиях дневного стационара.

Успешный случай терапии пациентки с синдромом Эрдгейма–Честера с поражением трахеобронхиального дерева

Орлова Р. В., Антимоник Н. Ю., Нагорная О. А., Пасекова Д. С., Савостьянов Т. Ф., Алёшина Н. В., Левина А. С.

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Актуальность

Болезнь Эрдгейма–Честера является редким многосистемным заболеванием с неизвестной этиологией, которое характеризуется инфильтрацией органов CD68+, CD1a нелангергансовыми гистиоцитами и занимает промежуточное положение между злокачественным и иммунным расстройством. В медицинской литературе описано чуть более 750 заболевших людей по всему миру, а самое крупное исследование по данной патологии включает всего 53 пациента. Более половины людей с заболеванием Эрдгейма–Честера имеют специфическую мутацию в гене *BRAFV600E* (количество варьирует от 38 до 68% в большинстве отчетов). Вместе с этим, немалую роль в патогенезе играют провоспалительные цитокины и хемокины, ответственные за локальную активацию и вербовку гистиоцитов, которые в избыточном количестве накапливаются в различных тканях и приводят к соответствующей клинической картине. Чаще всего наблюдают поражение костей (остеосклероз дистальных концов бедренных костей, проксимальных и дистальных участков берцовых костей), ЦНС (является важной причиной функциональной инвалидности, было обнаружено как независимый предиктор смерти и сопряжено с плохим ответом на терапию), ретроорбитальную инфильтрацию и инфильтрацию глазных мышц, несахарный диабет, периваскулярную инфильтрацию с соответствующей ишемической симптоматикой, поражение паренхимы легких, кожные проявления и ретроперитонеальный фиброз. Решающими в постановке диагноза несомненно являются гистологическое и ИГХ-исследования. При гистологическом исследовании обычно обнаруживают инфильтрацию типичными пенистыми или нагруженными липидами гистиоцитами в сочетании с фиброзом. При ИГХ-окрашивании гистиоциты являются положительными для CD68, CD163, фактора XIIIa и редко S100, и отрицательны для CD1a и *Langerin* (CD207). Тактика лечения при болезни Эрдгейма–Честера основывается на немногочисленных клинических исследованиях и первых междисциплинарных консенсусных рекомен-

дациях. Среди опций для терапии существуют *IFN*-а и пегилированный *IFN*-а, вемурафениб (при наличии *BRAF* мутации), реже описывается применение инфликсимаба, иматиниба и др.

Цель

Собственный опыт лечения пациентки с синдромом Эрдгейма–Честера, отличающийся от стандартных вариантов как по клинической картине, так и по подходу к лечению.

Материалы и методы

Клинический случай

Пациентка Л., 1959 г. р., отметила появление множественных образований на коже туловища и конечностей в 2016 г. В июле 2017 г. была госпитализирована в ГБ №26 в связи с отеком гортани после лечебной ингаляции по поводу появившегося кашля. Там при обследовании на КТ ОГК были выявлены множественные образования (вторичного характера) обоих легких, с признаками прорастания левого нижнедолевого и правого S10 сегментарного и субсегментарного бронхов. Признаки канцероматоза плевры правого легкого. Гидроперикард. Множественные очаги остеосклеротического характера в телах $Th_{II, V}$, L_1 позвонков, теле и рукоятке грудины. Асцит. Пациентка была направлена на консультацию к онкологу в КНПЦСВМП(О), где была проведена биопсия новообразований кожи и ротоглотки. ГИ от 10.08.2017 г. — фрагменты опухоли, состоящей из крупных клеток с обильной эозинофильной цитоплазмой, округлыми ядрами с выраженными ядрышками. Большое количество макрофагов, гигантских многоядерных клеток.

ИГХ от 25.08.2017 г. — *AE1/3*-, *S100*+ в отдельных клетках, *CD68*+ диффузно, *Lysozyme*+, *Ki-67* — 22%. Заключение: морфологическая картина и иммунофенотип исключают карциному, меланому. Учитывая системное поражение, морфологию и данные иммунофенотипирования, следует думать о группе гистиоцитарных и дендритно-клеточных опухолей. 29.08.2017 г. обратилась в поликлинику СПб ГБУЗ ГКОД. *Status localis* — на коже спины многочисленные

плотноэластической консистенции на широком основании узлы телесного цвета диаметром до 1 см. В области верхних конечностей и в аксиллярной области слева — множественные подкожные узлы диаметром до 1 см. Трахеобронхоскопия от 07.09.2017 г. — множественные аналогичные образования гортанной поверхности надгортанника, левой ЧНС, правой ИГС, передней комиссуры, подскладочного пространства, верхней и средней трети трахеи размерами 0,3–0,8 см, устья промежуточного бронха справа и устья бронхов базальной пирамиды слева. Пересмотр стекол в ГКОД: заключение №24480к/17 от 05.09.2017 г. — в материале кожи и слизистой оболочки ротоглотки опухоль представлена крупными кластерами гистиоцитоподобных мультинуклеарных клеток. Молекулярно-генетическое тестирование от 16.10.2017 г. — мутации в гене *BRAF* и *C-kit* не обнаружено.

ПЭТ КТ от 23.09.2017 г. — признаки многочисленных метаболически активных образований кожи, мягких тканей, костей, легких, перикарда, плевры справа, внутригрудных лимфоузлов, брюшины (вторичного метастатического характера). Гидроперикард, асцит.

27.09.2017 г. пациентка была обсуждена на 11 отд. Учитывая гистологическое и ИГХ-строение опухоли, принято решение назначить ингибитор тирозинкиназы Сутент (Сунитиниб).

На фоне 3 мес приема Сутента при контрольных КТ — стабилизация процесса. Продолжение приема препарата. КТ через 3 мес — некоторое уменьшение размеров очагов по ходу трахеи. Фибробронхоскопия от 27.06.2018 г. — значительная положительная динамика. Уменьшение очагов в трахее, подскладочном пространстве, в области надгортанника. При осмотре — значительное уменьшение размеров образований на коже. Продолжение терапии.

Выводы

Таким образом, в нашей клинической практике было распознано редко встречающееся заболевание с нехарактерным поражением в области гортани, трахеи и бронхов, но подтвержденное результатами гистологического и ИГХ-исследований, а также был осуществлен нестандартный подход к терапии этого состояния, который привел к очевидным положительным результатам.

Роль дополнительных прогностических факторов при назначении адъювантной химиотерапии рака ободочной кишки

Орлова Р. В.^{1,2}, Раскин Г. А.³, Иванова А. К.¹, Кутукова С. И.^{1,4}

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

³ ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А. М. Гранова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

⁴ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

На третьем месте в структуре онкологической заболеваемости в Российской Федерации находится рак ободочной кишки. В настоящее время нам известны факторы, отвечающие за раннее метастазирование при раке ободочной кишки: глубина опухолевой инвазии (параметр *T*), вовлечение регионарных лимфоузлов (параметр *N*), морфологическая дифференциация опухоли, лимфоваскулярная или периневральная инвазия, позитивные края резекции, перфорация опухоли, повышение уровня раково-эмбрионального антигена. Однако, несмотря на использование данных факторов при назначении адъювантного лечения у этой группы пациентов, результат лечения остается неудовлетворительным и приводит к поиску новых прогностических факторов, отвечающих за процесс метастазирования.

Цель

Оптимизация адъювантного противоопухолевого лечения больных раком ободочной кишки путем определения хемокиновых рецепторов в опухолевой ткани.

Материалы и методы

В исследование были включены 113 пациентов, из них 53 имели II стадию рака ободочной кишки, 60 — III стадию. Все пациенты со II стадией имели низкий риск развития метастазов и им не проводили адъювантную химиотерапию, а пациентам с III стадией выполняли адъювантную химиотерапию по схеме FOLFOX. В гистологических блоках иммуногистохимическим методом была определена экспрессия хемокиновых рецепторов *CXCR4* и *CCR10*. По историям болезни пациентов рассчитаны показатели выжива-

емости и оценена зависимость их от экспрессии хемокиновых рецепторов *CXCR4* и *CCR10*.

Результаты

У 31 (58%) пациента со II стадией в течение 5 лет были выявлены отдаленные метастазы. Медиана общей выживаемости (ОВ) — 37 мес (95% ДИ 33–45 мес), медиана времени до прогрессирования (ВДП) — 9,5 мес ($\pm 0,47$). При исследовании *CXCR4* получены следующие результаты: среднее значение (СЗ) составило $50 \pm 29,01\%$ и варьировало в диапазоне 0–95%. У 22 (42%) пациентов в течение 5 лет отдаленных метастазов не выявлено. Медиана ВДП не была достигнута в связи с тем, что все пациенты пережили 60 мес наблюдения. При исследовании *CXCR4*: СЗ составило $27,73 \pm 7,58\%$ и варьировало в диапазоне 0–95%. У 30 (50%) пациентов с III стадией в течение 5 лет были зарегистрированы метастазы, медиана ВДП составила 18 мес (95% ДИ 7–18 мес). Медиана ОВ — 31 мес (95% ДИ 31–43 мес). При исследовании *CXCR4*: СЗ составило $67 \pm 8,95\%$ и варьировало в диапазоне 0–90%. У 30 (50%) пациентов в течение 5 лет метастазов не выявлено. Медиана ВДП не была достигнута в связи с тем, что все пациенты пережили 66 мес наблюдения. При исследовании *CXCR4*: СЗ составило $14,5 \pm 5,29\%$ и варьировало в диапазоне 0–40%. У всех пациентов *CCR10* равен 0.

Выводы

Высокая экспрессия хемокиновых рецепторов *CXCR4* в опухолевой ткани является неблагоприятным прогностическим фактором и может быть использована при планировании адъювантного противоопухолевого лечения у больных раком ободочной кишки.

Возможности первичной реконструкции пищевода при злокачественных опухолях гортаноглотки и шейного отдела пищевода

Остринская Т. В., Жуманкулов А. М., Анисимова А. В.

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Актуальность

При обширных дефектах гортаноглотки и шейного отдела пищевода, возникающих, как правило, после хирургического лечения злокачественных опухолей, возникает потребность восстановления целостности пищевода. Стандартом хирургического лечения является формирование в конце операции фарингоэзофагостомы с последующей отсроченной пластикой с использованием местных тканей либо перемещенных лоскутов. Минусом отсроченной пластики является необходимость длительного, обременительного для пациента зондового питания и гигиенического ухода за фарингоэзофагостомой. Поэтому целесообразно выполнение реконструктивной операции одномоментно с удалением опухоли. Для первичной пластики дефектов «глоточно-пищеводной трубки» используют три способа: местные ткани оставшейся слизистой оболочки гортаноглотки, перемещенные лоскуты с осевым кровоснабжением и свободные лоскуты.

Цель

Результаты первичной реконструкции глоточно-пищеводного сегмента у пациентов со злокачественными опухолями гортаноглотки и шейного отдела пищевода.

Материалы и методы

В клинике СПб ГБУЗ ГКОД в 2014–2017 гг. выполнено 39 первичных реконструкций дефектов пищевода у пациентов с IV стадией опухолевого процесса гортаноглотки (T3–4N1–2cM0). В 22 случаях для реконструкции хватило местных тканей неповрежденной слизистой оболочки гортаноглотки, в 7 случаях был использован перемещенный лоскут большой грудной мышцы, в 10 случаях использованы свободные реvascularизированные лоскуты (у 4 пациентов был использован кожно-фасциальный лучевой лоскут, у 6 — висцеральный тонкокишечный лоскут).

Результаты

Из 22 пациентов с реконструкцией пищевода местными тканями у 11 в послеопе-

рационном периоде сформировались глоточные свищи. Из них у 5 человек в течение 1–3 нед свищи зажили благодаря консервативному лечению. У 6 пациентов свищи или сформировавшиеся вторичные фарингостомы потребовали хирургической коррекции. Рубцовые сужения в отдаленном периоде наблюдали в этой группе у 3 пациентов. У 7 пациентов с реконструкцией обширных дефектов перемещенными лоскутами большой грудной мышцы зажило первично, без свищей. У 2 из них в отдаленном периоде (более чем через 6 мес) возникли разной степени выраженности рубцовые сужения сформированного пищевода. Из 10 пациентов с реконструкцией свободными реvascularизированными лоскутами у 3 сформировались глоточные свищи, в 2 случаях прибегли к хирургической коррекции местными тканями, в одном — свищ закрылся самостоятельно после консервативного лечения. У 2 из 4 пациентов с реконструкцией лучевым лоскутом в отсроченном послеоперационном периоде (через 3–4 мес) развились рубцовые стенозы в области нижнего кожно-пищеводного анастомоза. Для коррекции последних потребовались многократные бужирования и баллонные дилатации. Рубцовых стенозов при использовании тонкокишечного лоскута не наблюдали.

Длительность зондового питания при первичной реконструкции у пациентов без осложнений составила в среднем 10 ± 4 дня, а средний койко-день после операции — 14 ± 5 дней. Осложнения в виде возникновения свищей и вторичных фарингостом составили 35,9% (14 пациентов), причем в 42,8% (6 пациентов) свищи закрылись самостоятельно без хирургического вмешательства. Лишь 8 человек (20,5%) из 39 с первичными реконструкциями потребовали последующей, как правило незначительной, хирургической коррекции. В отдаленном послеоперационном периоде у 7 (18%) больных возникли рубцовые стенозы, потребовавшие бужирования и баллонной дилатации.

Выводы

Проведенное исследование свидетельствует о хорошем функциональном результате первичной

реконструкции глоточно-пищепроводного сегмента. Большинство пациентов уже через 10–14 дней могли возобновить энтеральное питание естественным путем, минуя стадию длительного фарингостомного или зондового периода. Менее $\frac{1}{5}$ части наших пациентов потребовалась последу-

ющая операция — хирургическая коррекция свищей. Свободные реваскуляризированные лоскуты являются хорошим пластическим материалом, позволяющим выполнить оптимальную пластическую реконструкцию гортаноглотки и шейного отдела пищевода при циркулярных дефектах.

Хирургия спасения в лечении орофарингеального рака: за и против

Остринская Т. В., Жуманкулов А. М.

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Актуальность

При раке ротоглотки хирургический метод резервируется как спасительный при неудачах химиолучевого лечения. По данным S. Kano, Zafereo et al., 2009; A. Homma et al., 2010, рецидив после консервативного лечения наблюдается в 20–40% случаев. Хирургия рецидивных опухолей орофарингеальной зоны сопровождается значительным риском осложнений, низким локорегионарным контролем, требует тщательного планирования и опыта хирурга.

Цель

Оценка послеоперационных осложнений и выживаемости больных с рецидивным раком ротоглотки, выявление факторов успешности расширенно-комбинированных вмешательств.

Материалы и методы

В исследование включены 102 пациента с прогрессированием или рецидивом опухолевого процесса после химиолучевой терапии. Локализация опухоли: боковая стенка глотки — у 55 (54%), корень языка — у 39 (38%), мягкое небо — у 8 (8%). Пациенты после включения были рестадированы (*rTNM*). Большинство рецидивных опухолей — 64 (65%) — классифицированы как *rT2–3*.

Результаты

На первичном очаге выполнено 72 (71%) вмешательства (из них 87% — расширенно-комбинированные) и 30 (29%) — операции только на шее, 82 (80%) — условно-радикальных оперативных

вмешательства, 20 (20%) — нерадикальных. Из 35 человек с *N0* после операции у 11 (31%) — *pN+*. Общие осложнения имелись у 15 (15%). Местные осложнения развились у 39 (38%) пациентов, 18% из них имели сочетанные осложнения. В 21 (21%) случае выявлены неблагоприятные факторы.

Функциональные результаты: среднее время зондового питания — 23 дня, среднее время деканюляции — 21 день, 4% пациентов остались канюленосителями пожизненно, 11% пациентов — гастростома пожизненно, 65% — удовлетворительная разборчивость речи, 35% — неудовлетворительная разборчивость/отсутствие речи.

Средний период наблюдения — 23 мес. Умерли 46 (45%) пациентов, из них 37 (80%) — от прогрессирования опухоли, живы с рецидивом — 14 (14%), живы без рецидива — 40 (40%). Трехлетняя выживаемость составила 54%, безрецидивная трехлетняя — 31%.

Выводы

Спасительная хирургия рака ротоглотки сопряжена с низкой общей и безрецидивной выживаемостью, но остается на сегодняшний день единственным методом, позволяющим прогнозировать излечение данной категории пациентов. Успех операций наиболее вероятен при следующих факторах: длительный безрецидивный период между химиолучевой терапией и возникновением рецидива, ограниченный размер рецидивной опухоли, отсутствие регионарного рецидива на шее, молодой возраст пациента.

Пути оптимизации организационно-финансового механизма обеспечения пациентов наркотическими средствами и психотропными веществами

Палехов А. В.¹, Введенская Е. С.²

¹ ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь

² ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 30», Нижний Новгород

Актуальность

В федеральной нормативно-правовой базе по вопросам применения наркотических средств (НС) и психотропных веществ (ПВ) произошли существенные изменения, повышающие доступность адекватного обезболивания.

Цель

Улучшилось обеспечение онкологических пациентов наркотическими лекарственными средствами (НЛС), прежде всего их неинвазивными формами. Оптимизированы порядок выписывания НС и ПВ и правила оформления рецептурных бланков, внесён ряд других изменений, упрощающих различные аспекты оборота НС и ПВ. Распоряжением правительства РФ от 01.06.2016 г. № 1403-р утверждён план мероприятий «Повышение доступности НС и ПВ для использования в медицинских целях» («дорожная карта»), контрольные показатели которого предусматривают многократное увеличение применения НЛС.

Материалы и методы

Повышение уровня применения НЛС влечёт за собой повышение затрат, требующее поиска путей их оптимизации. В настоящее время пациенты могут получать НЛС за счет трех источников финансирования: 1) по федеральной льготе (ОНЛС) препараты получают льготники, не отказавшиеся от набора социальных услуг; 2) по региональной льготе — пациенты с социально значимыми заболеваниями: а) не имеющие группы инвалидности; б) имеющие группу инвалидности, но отказавшиеся от набора социальных услуг и получающие денежную компенсацию, что требует тщательной юридической оценки, так как число таких пациентов постоянно растёт,

и региональные бюджеты зачастую просто не могут обеспечить достаточного финансирования; в) пациенты, не вошедшие в две вышеуказанные группы, — за собственные или привлечённые финансовые средства.

Результаты

Если крупные аптечные организации ещё могут иметь в наличии постоянный запас всех необходимых форм НЛС, во всех дозировках и закупаемых по каждому из трёх организационно-финансовых потоков, то для небольших аптек эта задача практически нерешаема. Соответственно, пациенту будут назначаться не оптимальные, а имеющиеся в аптеке препараты, и чаще приобретаемые именно в рамках региональной льготы.

Выводы

Для практической реализации изменений нормативно-правовой базы необходимо не только значительное увеличение финансирования, но и изменение самого организационно-финансового механизма обеспечения этими препаратами. Для улучшения качества обеспечения пациентов необходимо выделение самостоятельного организационно-финансового потока для обеспечения НС и ПВ, формирование которого не должно зависеть от социального статуса пациента и других факторов. В этом случае даже в небольшой аптеке имеющийся запас НС и ПВ не будет разделен на части, финансируемые из различных источников, а отпуск препаратов не будет зависеть от типа льгот пациента. Именно так может быть повышено качество обеспечения НС и ПВ, что является необходимым условием успешного исполнения «дорожной карты» по повышению доступности НС и ПВ в медицинской практике.

Диагностика прогрессирования процесса при радикальном лечении колоректального рака

Пискунов В. П.

ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический онкологический диспансер», Кемерово

Актуальность

Показатели выживаемости после радикального лечения колоректального рака во многом определяются частотой и временем прогрессирования заболевания.

Цель

Изучение проблемы диагностики и лечения локальных рецидивов, местных и отдаленных метастазов рака ободочной кишки (РОК) и рака прямой кишки (РПК).

Материалы и методы

Радикальное хирургическое и комбинированное лечение за 10-летний период (2008–2017 гг.) проведено 1063 больным РОК и 1650 больным РПК в стадии *pT1–4N0–1M0*. Выполнены общепринятые стандартные или комбинированные оперативные вмешательства. Из общего количества больных в отделении обследованы и получили лечение 50 (4,7%) пациентов с прогрессированием РОК и 79 (4,8%) с прогрессированием РПК. Первоначальная стадия заболевания у большинства больных при РОК *pT4N0–1M0* — 41 (82%), при РПК *pT3–4N0–1M0* — 79 (93,7%).

Результаты

Наибольшее число рецидивов и отдаленных метастазов у больных РОК отмечено после обструктивной резекции сигмовидной кишки — 17 (15,6%), после правосторонней гемиколэктомии — 14 (4,5%), после левосторонней гемиколэктомии — 3 (1,9%). Количество больных с локорегионарными рецидивами после всех операций составляет в сумме 20 (2,5%), с внутрибрюшными метастазами — 8 (1%), с сочетанием местных рецидивов и отдаленных метастазов — 8 (1%), с отдаленными метастазами — 2 (0,2%). Из общего количества госпитализированных пациентов прооперированы 46 (92%), резекционные вмешательства выполнены у 38 (82,6%), обходной анастомоз наложен 4 (8,7%), эксплоративная лапаротомия — 8 (17,4%). Выживаемость после 2-й операции: до 12 мес — 13 (28,3%) больных,

13–24 мес — 15 (32,6%), 25–36 мес — 8 (17,4%), 36–48 мес — 10 (21,4%). При РПК первое место по частоте прогрессирования приходится на БАР ПК с колостомой — 14 (7,8%), второе — на операцию Гартмана — 14 (6,5%), третье — на БПЭ ПК — 24 (6,2). Суммарно после всех операций локорегионарные рецидивы зарегистрированы у 60 (4,7%) пациентов, внутрибрюшные метастазы — у 2 (0,2%), сочетание местных рецидивов или метастазов с отдаленными метастазами — у 12 (0,9%), отдаленные метастазы — у 5 (0,4%). Несколько позднее по времени выявляли локорегионарные рецидивы и метастазы — через $16,3 \pm 2,4$ мес, отдаленные метастазы в сочетании с местными рецидивами — через $15,6 \pm 3,8$ мес, внутрибрюшные метастазы — через $14,1 \pm 4,3$ мес, отдаленные метастазы — через $11,4 \pm 2,7$ мес. Хирургическое лечение проведено 68 (86,1%) больным, из них БПЭ ПК — 18 (26,5%), широкое иссечение метастаза промежностного рубца — 11 (16,2%), чреспромежностная экстирпация культи прямой кишки — 9 (13,0%), ререзекция прямой кишки с превентивной колостомой — 4 (5,9%), удаление опухоли пресакральной ямки — 4 (5,9%), БАР ПК с колостомой — 3 (4,4%), другие резекционные вмешательства — 19 (27,9%). Время жизни от 1-й до повторной операции — 4–51 мес, в среднем $16,7 \pm 1,4$ мес. Выживаемость после 2-й операции: до 12 мес — 30 (44,1%) больных, 13–24 мес — 19 (27,9%), 25–36 мес — 7 (10,3%), 36–48 мес — 12 (17,6%).

Выводы

Количество больных рецидивным и метастатическим РОК, подлежащих оперативному или комбинированному лечению, за последние 10 лет составило 50 (4,7%), РПК — 79 (4,8%). Продолжительность времени до диагностики рецидивно-метастатического процесса при РОК — $15,6 \pm 2,1$ мес, при РПК — $14,9 \pm 1,8$ мес. Трехлетняя выживаемость больных с прогрессирующим неопластическим процессом после повторного оперативного лечения достигает при РОК 39,1%, при РПК — 17,6%.

Послеоперационные внутрибрюшные осложнения рака ободочной кишки

Пискунов В. П.

ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический онкологический диспансер», Кемерово

Актуальность

Рост заболеваемости раком колоректальной локализации и проблемы непосредственных результатов его лечения определяют клиническую актуальность данной темы.

Цель

Анализ внутрибрюшных осложнений (ВБО) и летальности в хирургии рака ободочной кишки.

Материалы и методы

Представлен сравнительный анализ послеоперационных внутрибрюшных осложнений за два десятилетия работы ОО1 — 2008–2012 и 2013–2017 гг. Суммарно за 10 лет прооперированы 988 больных, 442 — за 1-й и 546 — за 2-й периоды. Из них операции в радикальном объеме произведены 362 (81,9%) и 489 (89,6%) пациентам соответственно. Стадия заболевания *pT1–3N0M0* — 17,6 и 17,4%; *pT4N0M0* — 45,4 и 40,4%; *pT4N1M0* — 16,2 и 21,9% у пациентов в 1-м и 2-м периодах соответственно.

Результаты

Чаще всего выполняли правостороннюю гемиколэктомию — 122 (27,6%) за первые 5 лет и 177 (32,4%) — за вторые 5 лет. Частота ВБО — 7,4 и 3,9%, летальность при них — 2,5 и 1,1%. 2-е место по частоте приходится на резекцию сигмовидной кишки — 98 (22,2%) и 149 (27,3%) за 2008–2012 и 2013–2017 гг. соответственно. Частота ВБО — 3 и 3,4%, летальность — 0 и 0,7% соответственно. Обструктивная резекция, главным образом сигмовидной кишки, при осложненных формах рака выполнена 68 (15,4%) пациентам в 2008–2012 гг. и только 31 (5,7%) — в 2013–2017 гг. ВБО зарегистрированы в 1,5% и в 19,3% с летальностью 0 и 3,2%. Левосторонняя гемиколэктомию проведена 58 (13,1%) и 97 (17,8%) больным, ВБО отмечены в 3,4 и 4,1% случаев, летальность — 0 и 1% за первые и вторые 5 лет работы соответственно. Илеотрансверзоанастомоз, при

невозможности выполнения резекционного вмешательства, сформирован в эти годы 31 (7%) и 15 (2,7%) пациентам. Один случай ВБО (3,2%) с летальным исходом зафиксирован только в 2009 г. Резекция поперечно-ободочной кишки при локализации рака в среднем отделе произведена 15 (3,4%) и 28 (5,1%) больным, ВБО выявлены в 13,3 и 7,1% случаев с летальностью 6,7% только в первом периоде работы. Субтотальная или тотальная колэктомия выполнена 1 (0,2%) больному с летальным ВБО в 2008–2012 гг. и 7 (1,3%) больным — в 2013–2017 гг. с ВБО в 1 (14,3%) случае с благоприятным исходом. Наложение петлевых колостом при нерезектабельности процесса применено 49 (11,1%) пациентам в 2008–2012 гг. и 42 (7,7%) в 2013–2017 гг. Частота ВБО — 4,1% у первых с летальностью в 1 (2%) случае и 4,8% — у вторых с летальностью в 2 (4,8%) случаях. В целом в первом периоде наблюдения ВБО зарегистрированы у 21 (4,7%) пациента, из них у 4 (19%) перитонит с летальным исходом 2 (50%) больных и еще у 4 (19%) диагностирована несостоятельность швов межкишечного анастомоза с летальностью 3 (75%). При всех случаях ВБО летальность составила 7 (33,7%) больных. Во втором контрольном периоде ВБО зарегистрированы у 27 (5%), из них перитонит — у 11 (40,7%) с летальностью 7 (63,6%) пациентов, НША — у 2 (7,4%) с благоприятным исходом. Летальность при ВБО во 2-м контрольном периоде — 7 (25,9%) пациентов.

Выводы

За последние 5 лет наблюдения увеличилось количество поступивших и прооперированных больных раком ободочной кишки на 23,5%. Процент ВБО в двух контрольных периодах остается на одном уровне — 4,7 и 5,0%; летальность при ВБО — 33,3 и 25,9%; несостоятельность швов толстокишечного анастомоза за последние 5 лет снизилась с 0,9 до 0,2%.

Диагностика внутрипротоковой патологии молочной железы методом дуктографии: собственный опыт

Попов Е. А.^{1,2}, Сафронова О. Б.^{1,2}, Огороднова О. В.¹, Саушева Е. А.¹, Павлов Ю. В.¹

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Наличие синдрома патологической секреции из протоков молочной железы сопровождается как доброкачественную, так и злокачественную внутрипротоковую патологию молочной железы. Однако данные физикального обследования, УЗИ, маммографии, цитологического исследования выделений не всегда позволяют установить окончательный диагноз.

Цель

Изучение возможностей дуктографии при внутрипротоковой патологии молочной железы.

Материалы и методы

Всем женщинам выполняли маммографию, УЗИ, цитологическое исследование выделений, дуктографию. Методики и аппаратура для выполнения маммографии, УЗИ, цитологического исследования выделений из протоков, не отличались от общепринятых. Методика дуктографии: ориентируясь на выделения, во внешнее отверстие протока, через специальную затупленную иглу вводили 0,5–2 мл водорастворимого контрастного вещества (уротраст, верографин). Делали снимки в двух проекциях с внешней компрессией органа для лучшего распределения контраста. Обследованы 29 женщин разного возраста и менструального статуса. Характеристики синдрома патологической секреции: выделения различной окраски — от прозрачной до сукровичной, обильные, спонтанные выделения из поры протока одной молочной железы.

Результаты

У 4 (13,8%) пациенток наблюдали симптом стоп-контраста, что могло свидетельствовать об образовании, полностью блокирующем просвет протока. У 15 (51,8%) больных определены пристеночные дефекты наполнений, что также могло свидетельствовать о наличии внутрипротоковых образований. У 8 (27,6%) пациенток контрастированная протоковая система была без особенностей или же визуализировались заполненные контрастом мелкие протоковые кисты по ходу протокового дерева.

У 2 (6,9%) пациенток исследование признано неинформативным (вследствие технических трудностей не удалось отконтрастировать протоковую систему).

Выводы

Проведенные контрастные исследования позволили отработать технику дуктографии применительно к поликлиническому отделению СПб ГБУЗ ГКОД.

Дуктография выводных протоков молочной железы — простая и безопасная диагностическая манипуляция. Методика позволяет в большинстве случаев заподозрить внутрипротоковую опухолевую патологию как причину синдрома патологической секреции. В то же время, существенным недостатком методики является невозможность морфологической трактовки визуализируемых на дуктограмме изменений.

Опыт диагностики рака *in situ* молочной железы в СПб ГБУЗ ГКОД

Попов Е. А.^{1,2}, Сафронова О. Б.^{1,2}, Огороднова О. В.¹, Саушева Е. А.¹, Павлов Ю. В.¹

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Рак молочной железы занимает первое место среди всех злокачественных новообразований у женщин. Выявление карциномы *in situ* и ее своевременное лечение может предотвратить развитие инвазивного рака молочной железы.

Цель

Ретроспективный анализ эффективности комплексно-лучевого дооперационного обследования пациенток с подозрением на рак молочной железы на основании данных морфологического исследования биопсийного и послеоперационного материала.

Материалы и методы

Проанализированы данные морфологического исследования 2770 случаев биопсийного и послеоперационного материала за период 2017 — июнь 2018 г.

Результаты

В 75 случаях был выявлен *DCIS*, что составило 2,7%. В группе с *DCIS* пальпируемые формы

определялись у 29 (38,7%) человек. Непальпируемые формы проявлялись: 1) скоплением микрокальцинатов — 19 (25,4%) пациенток; 2) только участком нарушения архитектоники — у 11 (14,7%); 3) синдромом патологической секреции и специфической симптоматикой при дуктографии — у 5 (6,7%). Из 75 пациенток с диагностированной *DCIS* билатеральная форма карциномы выявлена у 6 (8%), мультицентричная — у 5 (6,7%).

Выводы

Полученные данные противоречат устоявшемуся мнению, что основным признаком *DCIS* при лучевой диагностике служат скопления сгруппированных микрокальцинатов. В нашем случае наиболее частым признаком *DCIS* были пальпируемые образования в молочной железе. Доля *DCIS* от общего числа пролеченных случаев рака молочной железы также не совпадает с устоявшимися в литературе цифрами 20–25%. При ретроспективном анализе данных СПб ГБУЗ ГКОД количество случаев *DCIS* было на порядок меньше (2,7%).

Опыт применения МР-галактографии в комплексной диагностике внутрипротоковой патологии молочной железы

Попов Е. А.^{1,2}, Петрова А. С.³, Сафронова О. Б.^{1,2}, Огороднова О. В.¹,
Чебышева О. А.⁴, Бусько Е. А.³, Чёрная А. В.³, Павлов Ю. В.¹

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

³ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

⁴ СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр № 1», Санкт-Петербург

Актуальность

На долю внутрипротокового рака приходится 70–85% опухолей молочной железы. При этом диагностика внутрипротоковой патологии на ранней стадии является крайней трудной задачей. Различные варианты гиперпластических эпителиальных внутрипротоковых изменений являются в абсолютном большинстве клинически «немыми», внутрипротоковые папилломатозные образования (как доброкачественные, так и злокачественные), не выходящие за пределы протоков, могут иметь единственным симптомом — выделения из соска. С другой стороны, причинами выделений может быть множество состояний в организме женщины (эндокринологические нарушения), процессов в молочной железе (фиброзно-кистозная болезнь), не связанных напрямую с опухолевыми и предопухолевыми состояниями в протоках. В этой ситуации всемерно возрастает значение контрастных методов исследования протоковой системы — дуктографии и МР-галактографии.

Цель

Применение контрастных методов исследования (дуктографии и МР-галактографии) в комплексной диагностике внутрипротоковой патологии молочной железы.

Материалы и методы

Представлен начальный опыт комплексной диагностики внутрипротоковой патологии с использованием МР-галактографии в сочетании с внутривенным контрастированием на примере двух клинических случаев.

Клинические случаи

Пациентка К., 42 года, предъявляла жалобы на обильные спонтанные выделения серозно-сукровичного характера из одной поры соска левой молочной железы. При маммографии выявлены уме-

ренно выраженный фибroadеноматоз, дуктальный фиброз, умеренно выраженная дуктэктазия. При УЗИ молочных желез — диффузный фибroadеноматоз. По данным цитологического исследования выделений из соска — без атипии. При дуктографии сецернирующей протоковой системы — единичные мелкие кисты справа, умеренно выраженная дуктэктазия. Выполнена МР-галактография в сочетании с внутривенным контрастированием, по данным которой на фоне умеренной дуктэктазии и неоднородного содержимого из протоков явных дефектов наполнения выявлено не было.

Пациентка З., 55 лет, предъявляла жалобы на обильные спонтанные выделения сукровичного характера из одной поры соска левой молочной железы. При маммографии и УЗИ молочных желез выявлен диффузный фибroadеноматоз. По данным цитологического исследования выделений из соска — без атипии. При дуктографии сецернирующей протоковой системы — симптом стоп-контраста на 1,5 см от поры протока. При МР-галактографии в сочетании с внутривенным контрастированием на расстоянии ~20 мм от соска определено несколько внутрипротоковых дефектов наполнения размерами 5×2, 4×2 и 2×2 мм, сужающих и деформирующих проток на протяжении 12 мм. На постконтрастных изображениях выявленные изменения характеризуются интенсивным гомогенным накоплением парамагнетика, с последующим выходом кривой в фазу плато (II тип кривой интенсивность сигнала — время).

Выводы

Применение только традиционных методов исследования (маммография, УЗИ, дуктография) не позволяет полноценно диагностировать внутрипротоковую опухолевую патологию. Применение МР-галактографии в сочетании с внутривенным контрастированием может помочь в оценке протяженности поражения протоков, что отчетливо не определяется с помощью традиционных методик визуализации.

Современные возможности и проблемные аспекты диагностики и лечения нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы

Ромашенко П. Н.¹, Майстренко Н. А.¹, Орлова Р. В.², Лысанюк М. В.¹, Иванова А. К.²

¹ ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

² СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Актуальность

Выявление нейроэндокринных опухолей (НЭО) за последние десятилетия увеличилось в 6,5 раза. Вместе с тем, отсутствует единый подход к диагностике и лечению данной категории больных, что негативно отражается на результатах лечения и качестве жизни пациентов.

Цель

Оценка результатов диагностики и лечения НЭО желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и поджелудочной железы (ПЖ) и определение путей их улучшения.

Материалы и методы

Изучены результаты лечения 260 пациентов НЭО ЖКТ и ПЖ. Применяли лабораторные (хромогранин-А, серотонин, 5-ГИУК, инсулин, гастрин), инструментальные (УЗИ, ФГС, ФКС, эндо-УЗИ, СКТ, МРТ, ПЭТ, ангиография) и морфологические (световая микроскопия, иммуногистохимия) методы диагностики.

Результаты

НЭО ЖКТ диагностированы у 145 (55,8%) больных, НЭО ПЖ — у 105 (40,4%), НЭО без установленного первичного очага — у 10 (3,8%). Локализованный опухолевый процесс диагностирован в 52,3% случаев, местно-распространенный — в 14,6%, генерализованный — в 33,1% соответственно. Опухоли G-1 выявлены у 49,2% обследованных, G-2 — у 40,8%, G-3 — у 10%. НЭО у 21,2% больных явились случайной находкой в ходе диспансерного либо планового обследования сопутствующей патологии, у 1/3 данных пациентов выявлены отдаленные метастазы. Карциноидный синдром диагностирован у 10,4% больных. Чувствительность хромогранина-А в диагностике локализованных и местно-распространенных НЭО статистически не различалась (27,9 и 28,6%), была достоверно выше при генерализованных опухолях — в 51,5%. В диагностике карциноидного синдрома чувствительность серотонина, 5-ГИУК плазмы крови составила 87,5 и 72,7% со-

ответственно. Чувствительность СКТ в выявлении НЭО составила 85%, ПЭТ-КТ с ⁶⁸Ga — 90%. Применение ПЭТ-КТ с ⁶⁸Ga позволило выявить у 1/3 обследованных метастазы, не определяемые другими методами лучевой диагностики. Достоверным лучевым признаком НЭО тонкой кишки является опухолевый конгломерат брыжейки, который выявлен у больных III и IV стадии с частотой 80 и 96% соответственно. Чувствительность СКТ в выявлении НЭО тонкой кишки составила 96,4%, что сопоставимо с ПЭТ-КТ с ⁶⁸Ga. Рациональное применение методов топической диагностики позволило уменьшить число больных НЭО без первичного очага в 2,7 раза (с 10,2 до 3,8%). Хирургическое лечение проведено 217 (83,5%) пациентам. У 57% больных НЭО ПЖ выполнены резекции ПЖ различного объема, энуклеации опухолей — у 43%. У 37,2% больных НЭО ЖКТ выполнено эндоскопическое удаление опухоли, резекция органа с опухолью — у 62,8%. Послеоперационные осложнения диагностированы у 39,8% больных НЭО ПЖ и у 8,8% больных НЭО ЖКТ. Частота летальных исходов у пациентов с НЭО ПЖ и ЖКТ составила 2,5 и 1,1% соответственно. Комплексное лечение больных генерализованными НЭО позволило увеличить медиану выживаемости в 2 раза (с 24 до 49,9 мес). Удаление первичной опухоли у таких пациентов исключает развитие осложнений опухолевого процесса и позволяет увеличить медиану выживаемости в 1,6 раза (с 24 до 38,9 мес). Общая выживаемость больных НЭО в течение 5 лет при локализованных формах составила 81,9%, местно-распространенных — 57,1%, генерализованных — 27,6%.

Выводы

Лечение больных НЭО должно осуществляться в многопрофильных центрах. Современные методы диагностики позволяют провести исчерпывающее обследование. Применение обоснованных вариантов оперативного вмешательства, а также комплексное лечение генерализованных НЭО позволяют достоверно увеличить выживаемость и качество жизни больных.

Особенности ультразвукового изображения при карциноме из клеток Меркеля

Сафронова О. Б., Попов Е. А.

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург
ФБГОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Карцинома из клеток Меркеля является достаточно редким онкологическим заболеванием, что обуславливает трудности диагностики этого вида патологии даже в специализированных лечебных учреждениях.

Цель

Описание наиболее характерных ультразвуковых признаков карциномы из клеток Меркеля.

Материалы и методы

В период с начала 2015 г. до июня 2018 г. в амбулаторно-поликлиническое отделение СПбГБУЗ ГКОД обратились 9 пациентов с быстрорастущими образованиями мягких тканей конечностей. УЗИ выполняли на аппарате экспертного класса «Hitachi HI VISION Avius» при помощи линейных датчиков с частотой 8–13 мГц. Характерной для карциномы из клеток Меркеля являлась следующая эхографическая картина: при исследовании в режиме серой шкалы выявляли подкожно расположенное гипоехогенное неправильной формы образование размером 1,5–3 см (в наибольшем измерении). Горизонтальный размер преобладал над вертикальным во всех случаях наблюдений. Форма опухолевого узла близка к грибовидной. Во всех случаях выявлялась подчеркнутость эпидермиса над образованием. Контур верхней, наиболее широкой части узла выпуклый, четкий и ровный, боковых поверхностей — неровный, «рваный». Отграничение от окружающих тканей четкое. Капсула отсутствует. Умеренно выражено дорзальное усиление эхосигнала. Структура образования в 100% случаев была неоднородной за счет хаотично расположенных мелких участков повышенной эхогенности неправильной фор-

мы и горизонтальных трубчатых анэхогенных структур, придававших опухолевому узлу своеобразную слоистость. Эхогенность относительно окружающей жировой клетчатки резко снижена. При ЦДК и ЭДК фиксировали резко выраженный «древовидный» тип интранодулярного кровотока. Архитектоника окружающей клетчатки несколько «смазана». Во всех случаях СЭГ определялся 4-й эластотип по Ueno и Itoh, коэффициент жесткости фиксировался в диапазоне 50–150. У 4 пациентов, отмечавших отек пораженной конечности рядом с основным опухолевым узлом, на фоне отеочной подкожно-жировой клетчатки было выявлено 5–8 сателлитных узлов размером до 1 см в наибольшем измерении. Их эхографические характеристики были аналогичны первичной опухоли. В двух случаях из вышеописанных, в опухолевый процесс были вовлечены регионарные (в частности, паховые) лимфатические узлы. Ультразвуковая картина изменений в регионарных лимфатических узлах не обладала какими-либо особенностями по сравнению с вторичным поражением при других онкологических заболеваниях. В дальнейшем пациенты были обследованы и пролечены согласно современным клиническим рекомендациям и стандартам.

Выводы

Карцинома из клеток Меркеля относится к нейральной опухоли из придатков кожи и является достаточно редко встречающимся заболеванием. Патогномоничная эхографическая картина позволяет провести дифференциальную диагностику с другими вариантами опухолевых поражений мягких тканей и помочь врачу-клиницисту правильно определить стадию опухолевого процесса.

Ультразвуковая диагностика меланомы кожи

Сафронова О. Б., Попов Е. А.

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург
ФБГОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

Меланома кожи является одним из наиболее злокачественных вариантов онкологических новообразований кожи, отличается высокой агрессивностью течения и плохо поддается лечению.

Цель

Описание наиболее характерных ультразвуковых признаков меланомы кожи.

Материалы и методы

УЗИ у пациентов с подозрением или подтвержденным диагнозом меланомы, обратившихся для обследования и лечения в СПб ГБУЗ ГКОД, выполняли на аппарате экспертного класса «Hitachi HI VISION Avius» при помощи линейных датчиков с частотой 8–13 мГц и с использованием гелевой «подушки» или водной насадки.

Результаты

При комплексном ультразвуковом исследовании мягких тканей зоны интереса, включающем исследование в В-режиме, цветное (ЦДК), энергетическое доплеровское картирование (ЭДК) и компрессионную соноэластографию (СЭГ), характерными для меланомы являются следующие эхографические признаки: 1) форма образования

зависит от характера роста опухоли (плоская, экзофит); 2) широкое основание; 3) экзогенность резко снижена; 4) структура чаще однородна; 5) любые, чаще неровные контуры, нижний нечеткий; 6) могут быть нарушения границ эпидермиса и дермы; 7) нередко снижена экзогенность базального слоя дермы; 8) в ряде случаев выявляются реактивные изменения подлежащей клетчатки; 9) истончение или утолщение эпидермиса вследствие гиперкератоза; 10) в плоских формах асимметричные локусы кровотока по всей площади; 11) в узловых формах ветвящиеся сосуды, от центра к периферии; 12) чаще всего встречается 4-й эластотип по Ueno и Itoh. Кроме того, УЗИ позволяет с достаточно высокой точностью измерить размеры и толщину опухоли, а также заинтересованность в процессе окружающих тканей. Погрешность измерения толщины опухоли при УЗ- и морфологическом исследованиях составляет, по нашим данным, 0,1–0,15 мм, что не противоречит общемировой статистике.

Выводы

Комплексное УЗИ позволяет объективизировать стадию опухолевого процесса, способствуя определению оптимальной тактики ведения больного.

Диагностика и тактика лечения медуллярного рака щитовидной железы

Семенов А. А.^{1,2}, Бузанаков Д. М.², Черников Р. А.¹, Слепцов И. В.^{1,2}, Макарьин В. А.¹, Успенская А. А.¹, Тимофеева Н. И.¹, Чинчук И. К.¹, Карелина Ю. В.¹, Новокшенов К. Ю.¹, Федоров Е. А.¹, Малюгов Ю. Н.¹, Саблин И. В.¹, Горская Н. А.¹, Федотов Ю. Н.¹, Бубнов А. Н.¹

¹ Клиника высоких медицинских технологий им. Н. И. Пирогова

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,

Северо-Западный центр эндокринологии и эндокринной хирургии, Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

Актуальность

Медуллярный рак щитовидной железы (МРЦЖ) — относительно редкая опухоль, характеризующаяся более агрессивным течением по сравнению с дифференцированными карциномами из фолликулярного эпителия. Несмотря в целом на благоприятный прогноз, в настоящее время его определение для конкретного пациента представляет трудности в связи с недостаточной эффективностью используемых критериев.

Цель

Изучение отдаленных результатов хирургического лечения больных МРЦЖ и оценка значимости прогностических факторов.

Материалы и методы

В сплошное ретроспективное исследование были включены 158 пациентов (122 (77,2%) женщины) с гистологически подтвержденным МРЦЖ, первично оперированных в ФГБУЗ «СПМЦ» Минздрава России с 2010 по 2015 г. Средний возраст женщин на момент операции — 54,7±15,9 года, мужчин — 49,1±15,9 года, разница достоверна. Больные были разделены по группам в соответствии с периодом удвоения кальцитонина или исхода. Оценивали размер опухоли, наличие метастазов в регионарные лимфоузлы, предоперационный уровень кальцитонина. Из группы были исключены 24 пациента в связи с невозможностью наблюдения. 21 из них имели низкий уровень кальцитонина на момент окончания наблюдения.

Результаты

Возраст пациента достоверно не влиял на прогноз ($p=0,04$). Мужской пол достоверно со-

пряжен с риском прогрессии ($OR=6,95$). Прогноз зависел от размера первичной опухоли. При ROC-анализе площадь под кривой (AUC) составила 0,863, для порогового размера доминирующего узла более 2 см чувствительность составила 86,7%, а специфичность — 77,7%, отношение шансов — 12,27.

Разделение пациентов по размеру опухоли выявило достоверное различие в безрецидивной выживаемости при анализе Каплана–Майера.

Наличие визуализируемых метастазов в боковой клетчатке ожидаемо было фактором негативного прогноза $OR=18,33$.

Уровень предоперационного кальцитонина при ROC-анализе дал значение $AUC=0,772$, при пороговом значении 800 пг/мл чувствительность метода составила 76,5%, специфичность — 79,8%. При этом отношение шансов было 6,648, что прогностически слабее, чем пол. При этом были схожие различия в безрецидивной выживаемости с размером опухоли.

Уровень предоперационного кальцитонина позволил предсказать наличие регионарных метастазов ($AUC=0,681$). При пороговом значении 600 пг/мл чувствительность метода составила 77%, специфичность — 78,4%. Отношение шансов было 6,152, что не позволяет использовать уровень кальцитонина в качестве показания к лимфодиссекции.

Выводы

Данные предоперационного УЗИ в большей степени определяют прогноз течения у пациентов с медуллярной карциномой нежели уровень кальцитонина.

Циклин D1 и планирование эндокринотерапии рака молочной железы у женщин в менопаузе: 5 лет наблюдения

Скворцов В. А.¹, Манихас А. Г.^{1,2}, Раскин Г. А.², Манихас Г. М.^{1,3}

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А. М. Гранова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

³ ФПО ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Цель

Определение прогностических возможностей циклина D1 (CD1) при лечении эстрогенпозитивного рака молочной железы у женщин в менопаузе.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели была собрана группа из 140 пациенток с T1–2N0–1M0, которые в адъювантном режиме получали Тамоксифен в течение 5 лет. Все женщины были разделены по признаку наличия или отсутствия рецидивирования и прогрессирования, чтобы выявить существует ли взаимосвязь уровня экспрессии CD1 и безрецидивной выживаемости.

Результаты

Из 62 больных с уровнем экспрессии CD1 до 30%, прогрессирование опухолевого процесса наступило у 3 (4,8%) при пятилетнем лечении Тамоксифеном. Напротив, из 78 женщин с экспрессией CD1 выше 30% отдаленное метастазирование случилось у 63 (81%) при аналогичном адъювантном лечении. Таким образом, исследование показало, что существует связь между

уровнем экспрессии CD1 и безрецидивной выживаемостью. Среднее время до прогрессирования с экспрессией CD1 выше 30% при приеме Тамоксифена составило 20 мес ($p < 0,001$). Для сравнения эффективности Тамоксифена и Анастразола у больных с экспрессией CD1 выше 30% была набрана аналогичная группа из 50 пациенток, которые в адъювантном режиме принимали ингибиторы ароматазы в течение 5 лет. В данной когорте больных отдаленное метастазирование проявилось только у 4 (8%), что показало наибольшую эффективность лечения Анастразолом при экспрессии CD1 выше 30% по сравнению с Тамоксифеном.

Выводы

Экспрессия CD1 выше 30% является неблагоприятным предиктивным фактором при прогнозировании эндокринотерапии рака молочной железы Тамоксифеном у женщин в пожилом возрасте. Адъювантное лечение Анастразолом при пятилетнем наблюдении эффективнее терапии Тамоксифеном у пациенток в менопаузе с экспрессией CD1 выше 30%.

Значение вакуумно-аспирационной биопсии для диагностики рака молочной железы 3-й и 4-й категории по шкале BIRADS

Скурихин С. С., Суворова Ю. В., Чагунава О. Л.

ФГБУ «Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук», Санкт-Петербург

Цель

Значимость вакуумно-аспирационной биопсии для диагностики рака молочной железы у пациенток с очаговыми образованиями 3-й и 4-й категории по шкале BIRADS.

Материалы и методы

С августа по декабрь 2016 г. в СПб больнице РАН проведено 50 вакуумно-аспирационных резекций у пациенток с очаговыми дисплазиями молочных желез 3-й и 4-й категории по шкале BIRADS. По результатам УЗ-диагностики и маммографии, 38 (76%) из 50 выявленных образований — категории В3, 7 (14%) — категории В4а, 5 (10%) — категории В4b. У 21 (42%) пациентки выявленные образования являлись непальпируемыми. Средний возраст женщин — 22–51 год (35,1±2,6 года). Размер удаленных образований — 4–30 мм (13,1±1,87 мм).

Результаты

В ходе процедуры осложнений не зафиксировано. Ни одна из пациенток не отметила развития болевого синдрома как во время вмешательства,

так и через 30 мин после окончания. По данным УЗ-контроля, через 30 мин в 100% случаев произошло местное развитие гематомы, соответствующее объему удаленной ткани, при этом ткань образований удалена полностью. При контрольном осмотре через 24 ч у 4 пациенток произошло развитие разлитой, ненапряженной гематомы, занимающей до $\frac{2}{3}$ поверхности молочной железы. По результатам гистологических исследований, в 47 (94%) случаях атипии не выявлено, и данная процедура явилась лечебно-диагностической, что позволило пациенткам избежать открытого хирургического вмешательства. У 3 (6%) пациенток диагностирован инвазивный протоковый рак молочной железы, все случаи — 3-й категории по шкале BIRADS.

Выводы

Метод вакуумно-аспирационной биопсии повышает качество диагностики за счет объема удаленной ткани. Выявление рака в категориях с низким риском по шкале BIRADS доказывает необходимость этой процедуры у данной категории пациенток.

Тактика лечения больных местно-распространенным раком органов малого таза

Соловьев И. А., Суров Д. А., Васильченко М. В., Лычев А. Б., Кошелев Т. Е.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

Актуальность

За последние 10 лет отмечена тенденция роста заболеваемости раком органов малого таза во всем мире, при этом у каждого третьего больного при первичном обращении опухоль имеет местнораспространенный характер. Эвисцерацию органов малого таза выполняют в 30% случаев. Остальным больным проводят расширенные и комбинированные операции. Золотым стандартом оказания специализированной онкологической помощи является неoadьювантная химио- и/или химиолучевая терапия с последующим выполнением хирургического вмешательства. По данным современной литературы, частота послеоперационных осложнений составляет 45,4–75,3%, прогрессирование основного заболевания в виде развития отдаленного метастазирования — 30,3–60,7%, рецидива опухоли — 15,1–50,2%. Общая пятилетняя выживаемость находится в диапазоне 23–76%. Такие осложнения, как опухолевый стеноз, некроз опухоли и кровотечения, межорганные свищи, являются противопоказанием для неoadьювантной терапии. Чаще всего этих больных относят к категории пациентов «неотложной хирургии» и госпитализируют в общехирургические стационары. Осложненное течение опухоли и невозможность неoadьювантной терапии несомненно влияют на результаты лечения данной категории больных. На сегодняшний день отсутствует дифференцированная тактика ведения больных осложненным и неосложненным местно-распространенным раком органов малого таза. Этой проблеме лечения посвящено настоящее исследование.

Цель

Улучшение результатов лечения больных местно-распространенным раком органов малого таза в зависимости от течения опухолевого процесса.

Материалы и методы

С 2009 по 2015 г. в Клинике военно-морской хирургии выполнено 217 радикальных расширенных и комбинированных хирургических вмешательств у больных местно-распространенным раком органов малого таза. В зависимости от течения онкологического процесса пациенты были разделены на две группы: 1-я — 92 больных

с неосложненным течением опухоли; 2-я — 125 больных с осложнениями рака (кровотечение из опухоли — 19 больных, некроз опухоли с развитием перифокального воспаления — 4, стеноз опухоли с нарушением пассажа кишечного содержимого — 86, некроз опухоли с образованием межорганных свищей — 7, прорастание опухоли в мочеточник с развитием гидронефроза почки — 9). Во 2-й группе комбинированные операции выполняли чаще, чем в 1-й, — 53,6 и 27,6% соответственно ($p < 0,001$). Расширенную аортоподвздошно-тазовую или подвздошно-тазовую лимфодиссекцию выполняли всем больным. У 86 (39,6%) больных при гистологическом исследовании выявлены метастазы в лимфатические узлы.

Результаты

При операциях на прямой кишке больным 2-й группы выполняли обструктивные её резекции — у 36,5%, и формировали первичные анастомозы — у 38,3%; у больных 1-й группы первичный анастомоз сформирован у 74,3%. При вовлечении мочевого пузыря в онкологический процесс выполняли его резекцию 25 больным (в 1-й группе — 7, во 2-й — 18 пациентам), субтотальные резекции с формированием микроцистис — 3 (1 и 2 пациентам соответственно), цистэктомия — 19 больным (6 и 13 пациентам соответственно). Отведение мочи по Брикеру выполнено 1 больному 1-й группы и 8 больным 2-й группы. Урокутанеостомия выполнена 2 больным 2-й группы. Отведение мочи по Штудеру выполнено 3 больным 1-й группы, во влажную уроколостому — 5 больным (в 1-й группе — 2, во 2-й — 3).

В послеоперационном периоде осложнения развились у 94 (43,3%) больных. Чаще они развивались у больных с осложненным течением опухоли, чем с неосложненным, — у 84 (66,1%) и 43 (33,9%) больных соответственно ($p < 0,05$). При этом чаще всего встречались гнойно-септические осложнения, которые доминировали по количеству над другими видами осложнений и в общей структуре составили 25,2%. В отдаленном послеоперационном периоде при обследовании рецидив рака диагностировали у 10,9% больных 1-й группы и у 24,8% — 2-й ($p < 0,01$),

метастазы в печени и/или легких были диагностированы у 14,1 и 28,8% пациентов ($p < 0,05$), при этом общая четырехлетняя выживаемость составила $67,2 \pm 8,2$ и $28,3 \pm 6,9\%$ соответственно ($p < 0,05$). В раннем послеоперационном периоде от осложнений умерли 13 (5,9%) больных: в 1-й группе — 3, во 2-й — 10. Основными причинами летальных исходов были ТЭЛА (6 больных) и острый инфаркт миокарда (4 больных), у 2 больных смерть наступила от сепсиса, у 1 — от внутрибрюшного кровотечения. Послеоперационная летальность у больных 2-й группы составила 76,9% (10 чел.) от общего количества умерших пациентов, у больных 1-й группы — 23,1% (3 чел.), $p < 0,05$.

Выводы

Алгоритм комплексного лечения больных местно-распространенным раком органов малого таза определяется наличием или отсутствием осложнений онкологического процесса. Непосред-

ственные и отдаленные результаты комплексного лечения больных с неосложненным и осложненным раком значительно отличаются по показателям послеоперационной летальности — 3,2 и 8% ($p < 0,05$), общей четырехлетней выживаемости — $59,4 \pm 8,2$ и $28,3 \pm 6,9\%$ ($p < 0,05$), по частоте местного рецидива — 10,8 и 24,8% ($p < 0,01$), отдаленного метастазирования — 14,1 и 28,8% ($p < 0,05$) соответственно. При расширенных и комбинированных вмешательствах на прямой кишке и мочевом пузыре по поводу неосложненного местно-распространенного рака органов малого таза оптимальным вариантом является сфинктеросохраняющая резекция прямой кишки в сочетании с континентной методикой отведения мочи. В случаях осложненного течения операций выбора следует считать обструктивную резекцию прямой кишки с инконтинентным вариантом деривации мочи. После тотальной эвисцерации целесообразно формирование двуствольной петлевой уроколостомы.

Бисфосфонатный остеонекроз челюстей как осложнение антирезорбтивной терапии у онкобольных

Спевак Е. М., Христофорандо Д. Ю.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь

Актуальность

Проблема оказания паллиативной помощи онкологическим больным стоит перед врачами разных специальностей. Растет выявляемость онкозаболеваний, внедряются новые стандарты лечения, увеличивается продолжительность жизни и социальная активность пациентов с поздними стадиями рака. На сегодняшний день количество сведений о таком осложнении антирезорбтивной терапии, как бисфосфонатный остеонекроз челюстей (БОНЧ), заставляет говорить о нем как о самостоятельном заболевании. Несмотря на привлечение внимания сообщества онкологов к данной проблеме врачами-стоматологами и челюстно-лицевыми хирургами, заболеваемость БОНЧ растет, а способы диагностики и лечения находятся на стадии разработки.

Цель

Анализ заболеваемости и определение основных причин БОНЧ.

Материалы и методы

Проанализированы стационарные и амбулаторные карты пациентов с БОНЧ, обращавшихся в отделение челюстно-лицевой хирургии ГКБ СМП (Ставрополь) с 2011 по 2017 г.

Результаты

В 2011 г. с впервые выявленной данной патологией обратились 4 человека, в 2012 г. — 6, в 2013 г. — 9, в 2014 г. — 11, в 2015 г. — 10, в 2016 г. — 12, в 2017 г. — 13. При этом обращаемость пациентов остается стабильно высокой

ввиду этапности проводимого лечения и отсутствия эффекта от консервативной терапии. Из обследованных 65 человек — 38 (58,46%) женщин, 27 (41,54%) мужчин. Вид первичной онкопатологии: рак молочной железы — 32 (49,23%) человека, множественная миелома — 12 (18,46%), рак простаты — 10 (15,38%), первично-множественный рак — 6 (9,23%), рак легкого — 3 (4,62%), рак шейки матки — 2 (3,08%). Все пациенты с БОНЧ получали бисфосфонаты (золедроновая кислота и ее аналоги) как внутривенно, так и перорально, не менее трех курсов. Развитие осложнения в виде остеонекроза челюстей развивалось в сроки от 6 мес до 4,5 лет после 1-го курса терапии. Пациенты связывали его с удалением зуба — 56 (86,15%), травмой слизистой оболочки полости рта нерационально изготовленным протезом — 6 (9,23%), окклюзионной травмой — 3 (4,62%). Только 7 (10,77%) человек указали, что были предупреждены онкологом о необходимости санации полости рта перед началом приема бисфосфонатов. Только 15 (23,08%) человек указали, что были опрошены стоматологом о наличии сопутствующей патологии на амбулаторном приеме.

Выводы

Наличие антирезорбтивной терапии в анамнезе остается единственной причиной развития БОНЧ. Не вызывает сомнений необходимость активного просвещения как пациентов, так и врачей — онкологов, стоматологов, челюстно-лицевых хирургов о возможности подобного осложнения.

Артериальная эмболизация в лечении местно-распространенной злокачественной опухоли верхней челюсти, осложненной кровотечением (клинический случай)

Суворова Ю. В.

ФГБУ «Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук», Санкт-Петербург

Актуальность

Основным методом лечения неоперабельных опухолей головы и шеи является химиолучевая терапия. Кровотечение, нередко осложняющее течение опухолевого процесса, является противопоказанием для специфического лечения. В последние годы в клиническую практику начали широко внедряться рентгеноэндovasкулярные методы диагностики и лечения.

Цель

Оценка эффективности эмболизации ветвей наружной сонной артерии как первого этапа лечения неоперабельной распадающейся опухоли верхней челюсти, осложненной кровотечением.

Материалы и методы

Клинический случай

Пациентка Г., 63 года, поступила в СПб больницу РАН с кровотечением из распадающейся опухоли левой верхней челюсти. По данным КТ, у больной выявлено неоднородное образование в области левой верхней челюсти с распространением на лобную и клиновидную пазухи, прорастающее в полость черепа с остеолитической деструкцией костей свода, основания и лицевого черепа, размером 126×85×112 мм. Состояние пациентки осложнялось выраженной интоксикацией и анемией. На первом этапе лечения были проведены переливание четырех доз эритроцитной массы и дезинтоксикационная терапия.

После купирования анемии и учитывая продолжающееся кровотечение, принято решение выполнить эмболизацию ветвей левой наружной сонной артерии и провести регионарную химиотерапию. Рентгеноэндovasкулярное вмешательство проводили по стандартной методике, из доступа правой бедренной артерии. На ангиограммах было выявлено гипervasкулярное образование в проекции левой верхней челюсти, кровоснабжающееся из верхнечелюстной, лицевой и позадишной артерий. В опухолевые артерии введено 400 мг Карбоплатина с последующей их эмболизацией мелкими фрагментами гемостатической губки. Кровотечение остановилось на 2-е сутки после рентгеноэндovasкулярного вмешательства. Послеоперационный период протекал без особенностей. В дальнейшем пациентке проведено три курса системной химиотерапии Карбоплатином и 5-фторурацилом. Между курсами химиотерапии осуществляли регулярные перевязки опухоли, проводили антибактериальную и дезинтоксикационную терапию. Срок наблюдения составил 5 мес, рецидивов кровотечения не было.

Выводы

Клиническое наблюдение демонстрирует эффективность эмболизации ветвей наружных сонных артерий для остановки кровотечения из неоперабельной распадающейся опухоли верхней челюсти.

Суперселективная эмболизация для остановки кровотечения при рецидиве опухоли почки в сочетании с ишемической болезнью сердца на фоне антиагрегантной терапии (клинический случай)

Суворова Ю. В.

ФГБУ «Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук», Санкт-Петербург

Актуальность

Почечно-клеточный рак входит в десятку самых распространенных злокачественных опухолей и занимает третье место среди онкоурологических заболеваний. В последние десятилетия в связи с широким использованием современных информативных методов лучевой диагностики выросло число случайно выявляемых опухолей почек небольших размеров. В этих случаях успешно применяют органосохраняющие резекции, пятилетняя выживаемость при этом достигает 95%, а рецидивы составляют до 3%. В ряде случаев при рецидиве опухоли возникает кровотечение, которое является показанием для выполнения нефрэктомии. Однако у пациентов с выраженной сопутствующей сердечно-сосудистой патологией открытое удаление почки может быть связано с возникновением серьезных послеоперационных осложнений. Еще одной проблемой у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) является необходимость приема антиагрегантных препаратов, которые противопоказаны при кровотечении.

Цель

Оценка возможности суперселективной эмболизации для остановки кровотечения при рецидиве опухоли почки у пациентки с ИБС, получающей антиагрегантную терапию.

Материалы и методы

Клинический случай

Пациентка К., 73 года, поступила в СПб больницу РАН с кровотечением при рецидиве опухоли правой почки. В анамнезе, больной было выпол-

нено стентирование коронарных артерий, по поводу чего пациентка получала антиагрегантную терапию. По данным КТ, в крае резекции, в верхнем полюсе правой почки выявлено патологическое образование размером 1,5 см, прорастающее в чашечно-лоханочную систему. Учитывая продолжающееся кровотечение и отсутствие эффекта от консервативной гемостатической терапии, принято решение выполнить суперселективную эмболизацию артерий, кровоснабжающих новообразование. Рентгеноэндоваскулярное вмешательство осуществляли по стандартной методике из доступа правой бедренной артерии. На ангиограммах в проекции верхнего полюса правой почки выявлено гиперваскулярное образование, кровоснабжающееся из двух мелких ветвей правой почечной артерии. После диагностического этапа исследования выполнена суперселективная эмболизация опухолевых артерий с использованием сферических эмболов 100–300 мкм. Кровотечение остановилось в 1-е сутки после рентгеноэндоваскулярного вмешательства. Послеоперационный период протекал без особенностей, пациентка возобновила прием антиагрегантов на следующие сутки после эмболизации. Период наблюдения составил 3 мес, рецидива кровотечения не отмечено.

Выводы

Клиническое наблюдение демонстрирует эффективность суперселективной эмболизации для остановки кровотечения при рецидиве опухоли почки у пациентки с ИБС, получающей антиагрегантную терапию.

Реабилитация и паллиативное лечение онкологических больных на основе междисциплинарного подхода

Суворова Ю. В., Баллюзек М. Ф., Чагунава О. Л.

ФГБУ «Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук», Санкт-Петербург

Актуальность

Методы лечения онкологических больных включают хирургическое вмешательство, химио- и лучевую терапию, лечение таргетными препаратами, гормонотерапию и локальное воздействие. Все вышеперечисленные методики имеют целый ряд побочных эффектов и противопоказаний. Кроме того, внедрение новых противоопухолевых препаратов, наряду с их высокой эффективностью, сопряжено с риском возникновения целого ряда осложнений, в том числе сердечно-сосудистых.

Цель

Обоснование необходимости мультидисциплинарного подхода к лечению онкологических больных.

Материалы и методы

Все пациенты, поступающие в отделение реабилитации и паллиативного лечения онкологических больных СПб больницы РАН, были разделены на три группы: 1-я — больные с впервые выявленным онкологическим диагнозом и выраженной сопутствующей патологией, препятствующей проведению специфического противоопухолевого лечения; 2-я — пациенты с осложнениями противоопухолевой терапии; 3-я — больные, не подлежащие специфической терапии из-за распространенности опухоли и выраженности паранеопластического синдрома. При поступлении всем пациентам выполняли клинический и биохимический анализы крови, коагулограмму, ЭКГ, дуплексное сканирование вен таза и нижних конечностей и др. Далее в зависимости от состояния и симптомов больные были проконсультированы терапевтом, кардиологом, неврологом, гастроэнтерологом и хирургом. По результатам обследования назначали соответствующее лечение.

Результаты

В 1-й группе больных самой частой выявленной патологией были сердечно-сосудистые заболевания. Этим пациентам назначена соответствующая терапия. У 3 пациентов с опухолью верхней челюсти ($n=2$) и миндалина ($n=1$) выполнена успешная эмболизация ветвей наружных сонных артерий, показанием для которой являлось опухолевое кровотечение. Одному больному после резекции опухоли толстой кишки и наложения колостомы проведена дезинтоксикационная терапия, коррекция анемии и белковой недостаточности. После лечения все пациенты были направлены в специализированные онкологические стационары. Основной патологией у больных во 2-й группе являлась анемия и симптомы интоксикации, в связи с чем они получали дезинтоксикационную терапию, препараты железа и при необходимости — переливание эритроцитной массы. После коррекции состояния пациенты продолжили специфическое противоопухолевое лечение. У больных 3-й группы преобладали симптомы интоксикации, белковая недостаточность, анемия, болевой синдром, в ряде случаев асцит и/или плеврит. Пациенты получали дезинтоксикационную терапию, нутритивную поддержку, при необходимости — парентеральное питание, лапаро- и торакоцентез. У одной пациентки с опухолью поджелудочной железы, прорастающей в двенадцатиперстную кишку, была наложена гастростома.

Выводы

Исследование демонстрирует разнообразие сопутствующей патологии у онкологических больных, лечение которой требует мультидисциплинарного подхода.

Непосредственные результаты лечения рака пищевода с применением неоадьювантной химиотерапии

Урмонов У. Б., Афанасьев С. Г., Добродеев А. Ю.

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр
Российской академии наук», Томск

Актуальность

Хирургическое лечение является основным и единственно радикальным методом лечения рака пищевода до настоящего времени. Однако результаты его лечения зависят от распространенности процесса: если при локализованной форме пятилетняя выживаемость составляет 37,8%, то при наличии регионарных метастазов она снижается вдвое и составляет 19,8%, а при выходе опухоли за пределы стенки органа ни один больной не доживает до 5 лет. В связи с неудовлетворительными результатами только хирургического лечения, перспективным является применение мультидисциплинарного подхода, объединяющего химиотерапию и оперативное вмешательство.

Цель

Изучение эффективности и переносимости комбинированного лечения рака пищевода с использованием предоперационной химиотерапии и радикальной операции.

Материалы и методы

В торакоабдоминальном отделении НИИ онкологии ТНИМЦ проведено лечение 38 больных раком пищевода II–III стадии. В контрольной группе ($n=18$) проводили только радикальное хирургическое лечение; в основной группе ($n=20$) использовали комбинированное лечение, включающее два курса химиотерапии Гемцитабин/Цисплатин и радикальную операцию. Основное количество больных было 55–65 лет (88,5%). Преобладало поражение среднегрудного отдела пищевода — 18 (47,4%), затем нижнегрудного — 11 (28,9%) и абдоминального отдела — 9 (23,7%). Распределение по стадиям: ПА стадия — 9 (23,7%), ПВ — 12 (31,6%), III — 17 (44,7%). По гистологической структуре: плоскоклеточный рак — 35 (92,1%) больных, аденокарцинома —

3 (7,9%). По основным прогностическим признакам исследуемые группы были сопоставимы.

Результаты

Эффективность проведенной химиотерапии составила 38,9%: полная регрессия — у 1 (5,6%) больного, частичная — у 6 (33,3%), стабилизация — у 9 (50%), прогрессирование — у 2 (11,1%). Курсы химиотерапии пациенты перенесли удовлетворительно. Всем пациентам выполнена расширенная субтотальная резекция пищевода с двухзональной (2F) лимфодиссекцией из комбинированного лапаротомного и правостороннего торакотомного доступа с одномоментной эзофагопластикой. В основном использовали широкий желудочный стебель — 27 (71%), реже пластику проводили левой половиной толстой кишки — 8 (21,1%) или тонкой кишкой — 3 (7,9%). Показатель послеоперационных осложнений в основной группе ($22,2\pm 9,7\%$) значимо не отличался от контрольной ($25,0\pm 9,6\%$), $p>0,05$. Послеоперационная летальность: в контрольной — 1 ($5,0\pm 4,8\%$) больной, в основной — 2 ($11,1\pm 7,4\%$). Показатели двухлетней выживаемости больных раком пищевода в основной и контрольной группах составили $87,5\pm 8,2$ и $63,2\pm 11,1\%$, безрецидивной выживаемости — $87,5\pm 8,2$ и $47,4\pm 11,4\%$ соответственно. Различия статистически значимы ($p<0,05$).

Выводы

Результаты свидетельствуют, что комбинированное лечение рака пищевода II–III стадии с применением предоперационной химиотерапии Гемцитабин/Цисплатин удовлетворительно переносится, демонстрирует хороший объективный ответ и позволяет значимо повысить двухлетнюю выживаемость по сравнению только с хирургическим лечением.

Организационно-правовые аспекты оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями

Фалчари С. М.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

Актуальность

Заболеваемость новообразованиями — это медико-социальная проблема общества, которая в последнее время все чаще сталкивается с организационно-правовыми вопросами.

Цель

Анализ особенностей законодательного регулирования получения паллиативной медицинской помощи в России.

Материалы и методы

Работа представляет собой обзор основных

нормативных правовых актов по общим вопросам оказания паллиативной медицинской помощи. Система оказания медицинской помощи данного вида взрослому населению и детям является важнейшей составляющей в структуре здравоохранения социально-ориентированного государства.

Выводы

Необходимо принятие дополнительных соответствующих нормативных актов, предполагающих создание условий для повышения эффективности паллиативной помощи в России.

Психологическая реабилитация онкологических больных после радикального противоопухолевого лечения

Федоренко М. В.¹, Афанасьева З. А.², Акберов И. Г.³

¹ ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань

² Казанская государственная медицинская академия — филиал ФГБОУ ДПО

«Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», Казань

³ ФГКОУ «Казанское Суворовское военное училище МО РФ», Казань

Цель

Результаты реабилитационных мер для улучшения психологического статуса у больных раком щитовидной железы через 2–4 года после радикального противоопухолевого лечения.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 119 больных раком щитовидной железы после радикального противоопухолевого лечения, получающих заместительную терапию L-тироксина и не имеющих, на момент проведения исследования, рецидива заболевания. Тренинг проводили параллельно в двух группах больных, закончивших радикальное лечение по поводу рака щитовидной железы, — 25 человек, 2 раза в неделю, по 2–3 ч каждый, в течение 2 мес, контрольная группа — 23 человека. В работе применяли следующие диагностические методики: САН (Самочувствие, Активность, Настроение) — метод самооценки психофизиологического состояния здоровых и больных, психоэмоциональной реакции на психотерапевтическое воздействие; личностный опросник Mini-mult, предназначенный для исследования свойств личности, особенностей характера, физического и психического состояния испытуемого; шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина — для определения уровня тревожности в данный момент (реактивной тревожности как состояния) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека).

Показатели всех тестов у контрольной группы больных достоверно ($p > 0,05$) не отличались.

Результаты

В основной группе больных раком щитовидной железы, которые прошли психологический тренинг, достоверно ($p < 0,05$) улучшилось самочувствие и настроение по тесту САН. После психологического тренинга снизились показатели ситуативной и личностной тревожности. По данным теста Mini-mult, достоверно отличаются ($p < 0,05$) показатели шкал ипохондрии и истерии. В профиле, по показателям личностного опросника Mini-mult в группе больных раком щитовидной железы до психологического тренинга самыми высокими были Т-единицы шкалы истерии и шкалы ипохондрии. В поведении лиц данного типа борьба с болезнью трансформируется неосознанно в борьбу за право считаться больными.

После психологического воздействия профиль у больных раком щитовидной железы изменился, снизились Т-единицы шкалы ипохондрии, истерии, психастении. Это показывает, что после тренинга больные стали более эмоционально устойчивы, менее чувствительны к средовым воздействиям, устойчивы к стрессорным нагрузкам. Повысились Т-единицы шкалы гипомании или оптимистичности и показатели шкалы импульсивности, что говорит об активности личности, о преобладании мотивации достижения цели, об уверенности в принятии решений по сравнению с контрольной группой.

Выводы

Работа показала, что тренинг способствует улучшению психологического статуса у больных раком щитовидной железы на отдаленных сроках после радикального противоопухолевого лечения.

Адренокортикальный рак, мультидисциплинарный подход к лечению

Федоров Е. А.¹, Черников Р. А.¹, Слепцов И. В.^{1,2}, Чинчук И. К.¹,
Саблин И. В.¹, Федотов Ю. Н.¹, Бубнов А. Н.¹

¹ Клиника высоких медицинских технологий им. Н. И. Пирогова,
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
Северо-Западный центр эндокринологии и эндокринной хирургии, Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

Благодаря широкому внедрению в современную лечебную практику методик топической диагностики увеличилось количество пациентов с впервые выявленными новообразованиями надпочечников. Так, по данным мировой литературы, частота выявления инциденталом надпочечников после 60 лет может достигать 5%.

Большую опасность для пациентов этой группы представляет адренокортикальный рак надпочечников — редкая, но агрессивная опухоль с быстрым ростом и зачастую с повышенной гормональной активностью. Основными проблемами в определении тактики лечения таких пациентов являются:

- определение потенциала злокачественности и гормональной активности;
- проведение при необходимости предоперационной подготовки и оценка ее эффективности;

- тактика послеоперационного наблюдения, лечения и диспансеризации.

Наиболее эффективно эти задачи решаются в крупных центрах эндокринной хирургии, поскольку для этого требуется участие соответствующих специалистов. Комплексный подход в проведении диагностических и лечебных мер обеспечивает отсутствие задержек в лечении и обеспечении преемственности на всех этапах.

Данный принцип мультидисциплинарности отражен в Российских клинических рекомендациях по диагностике и лечению адренокортикального рака (М., 2015) и является основополагающим в лечении больных с данной патологией в Северо-Западном центре эндокринологии и эндокринной хирургии.

Применение химиоэмболизации маточных артерий как 1-го этапа в лечении пациенток с III–IV стадией рака шейки матки

Филатова Е. И., Дятчина Е. В., Былинская Е. Н., Алаберг С. Д., Бакадорова Н. В.

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Цель

Оценка эффективности химиоэмболизации как 1-го этапа в лечении пациенток с местно-распространенным раком шейки матки при большом объеме первичной опухоли и повторных кровотечениях из опухолевых масс.

Материалы и методы

В 2017 г. в нашем отделении проведено лечение 153 пациенток с диагнозом рака шейки матки, из них 135 (88%) поступили на лечение с III и IV стадией. 50 (37%) пациенток с распространенным процессом до лучевого лечения получили 1–2 процедуры эмболизации маточных артерий. 42 (84%) из них химиоэмболизацию и последующие циклы ПХТ (при IV стадии) проводили в условиях онкогинекологического отделения СПб ГБУЗ ГКОД. 8 (19%) пациенткам эмболизация была выполнена в многопрофильных городских стационарах перед направлением на лучевое лечение в связи с продолжающимся кровотечением. 4 пациенткам, поступившим на стационарное лечение в радиотерапевтическое отделение ГКОД, мы были вынуждены прервать лучевое лечение в связи с невозможностью консервативной остановки кровотечения. Все они были направлены на эмболизацию маточных артерий в рентгенохирургическое отделение. После хирургического вмешательства появилась возможность продолжения лечения в полном объеме до планируемых доз. У всех 50 пациенток проведено лучевое лечение в полном объеме, у 16 из них была достигнута стабилизация опухолевого процесса, у 34 — неполная клиническая ремиссия.

Прогрессирование заболевания не было зафиксировано ни в одном случае.

Результаты

Химиоэмболизация и эмболизация маточных артерий позволяет провести полный курс лучевой терапии, а у некоторых пациенток — и химиолучевой терапии, с присоединением местного и системного введения химиопрепарата как на 1-м, так и на 2-м этапе лечения. У больных отмечено повышение уровня гемоглобина, способствующее возрастанию эффективности лучевой терапии, улучшение общего состояния, отсутствие увеличения частоты и выраженности ранних лучевых реакций со стороны смежных органов и тканей. При этом химиоэмболизация имеет более выраженный эффект по сравнению с химиолучевым и лучевым лечением, проявляющийся в значительном уменьшении размеров опухоли и создании оптимальных условий для лучевой терапии. Единственным ограничением для химиоэмболизации маточных артерий является, по нашему опыту, обширный некроз опухоли, усугубляющийся на фоне эмболизации и делающий невозможным облучение.

Выводы

Объединение усилий отделений различного профиля (онкогинекологического, рентгенохирургического и радиотерапевтического) позволяет добиться улучшения результатов лечения у пациенток с запущенными формами рака шейки матки.

Пятилетние результаты работы мультидисциплинарной комиссии при лечении рака прямой кишки

Фридман М. Х., Хазов А. В., Белоус К. Е., Трофимец М. И., Зорина Е. Ю., Бакадорова Н. В., Смирнова И. И.

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Актуальность

Частота заболеваемости раком прямой кишки (РПК) в России и Санкт-Петербурге в последние годы возрастает, достигая 8–10% в структуре онкологической заболеваемости. Частота местно-распространенных случаев РПК достигает 20–30% и более. Для повышения операбельности и уменьшения числа рецидивов необходимо рациональное планирование и комплексное лечение с участием хирургов, радиологов и химиотерапевтов.

В настоящее время только мультидисциплинарная комиссия (МДК) по лечению пациентов позволяет адекватно оценить степень распространенности РПК и результаты лечения. Важнейший метод — магнитно-резонансная томография (МРТ).

Цель

Оценка результатов работы МДК при лечении РПК.

Материалы и методы

В нашем учреждении с 2012 г. работает МДК, в состав которой входят хирург, радиолог, химиотерапевт и рентгенолог отделения МРТ. К декабрю 2015 г. было рассмотрено 389 случаев РПК и рака анального канала (РАК), кратность посещений составляла 1–6 раз. К декабрю 2017 г. через МДК прошли еще 116 пациентов. Последним выполняли МРТ таза на аппарате «MagnetonESPREE» с контрастированием при первичной диагностике и через 4–5 нед после завершения неoadъювантной химиолучевой терапии (ХЛТ). При первом исследовании оценивали глубину прорастания опухоли стенки кишки и фасции и поражение лимфатических узлов, расстояние от анального отверстия до нижней границы опухоли, протяженность опухоли. При повторном исследовании определяли степень регресса опухоли и пораженных лимфатических узлов, после чего планировали оперативное лечение либо продолжение ХЛТ. В дальнейшем МРТ входит в стандарт наблюдения за пациентами. Результаты лечения сравнивали с данными у 432 пациентов в период

до создания МДК и внедрения МРТ. К декабрю 2016 г. были оценены трехлетние результаты у 32 пациентов (19 мужчин и 13 женщин), получавших ХЛТ по поводу РПК III стадии, после начала работы МДК. Результаты сравнивали с аналогичными в 1994 г. К декабрю 2017 г. были получены первые пятилетние результаты комплексного лечения пациентов с РПК, прошедших через МДК.

Результаты

Важно, что средний срок начала ХЛТ составил 12 дней после МДК. Одновременно пациенты (76%) начинали принимать Кселоду или Фторафур. В контрольной группе лучевая терапия начиналась в среднем через 21 день, а количество пациентов, получавших радиосенсибилизаторы, составляло 27%. При оценке результатов ХЛТ в основной группе полный регресс опухоли составил 8% при РПК и 31% при РАК, частичный — 64% при РПК и 57% при РАК, стабилизация — 21% при РПК и 10% при РАК, прогрессирование — 7% при РПК и 2% при РАК. До внедрения МРТ и создания МДК этих данных не было. При повторных заседаниях МДК решается вопрос о тактике, возможности выполнения операции и её типе.

В 1994 г. были оценены трехлетние результаты лечения 65 пациентов, получавших комбинированное лечение по поводу РПК III стадии. Из 39 мужчин умерли от РПК 10 (25,6%), умерли не от РПК 4 (10,2%), были живы без прогрессирования рака 19 (48,7%), были живы с метастазами и рецидивами 6 (15,3%). Из 26 женщин умерли от РПК 6 (23%), умерла не от рака 1 (3,8%), были живы без прогрессирования рака 14 (53,8%) и были живы с рецидивами и метастазами 5 (19,2%).

В декабре 2016 г. изучены результаты лечения 32 пациентов, получавших лечение после начала работы МДК в июне 2012 г. Из 19 мужчин 2 (10,5%) умерли от РПК, 1 (5,26%) умер не от рака, 12 (63,1%) были живы без прогрессирования РПК и 4 (21%) были живы с рецидивами и метастазами. Из 13 женщин 1 (7,69%) умерла от РПК, 1 (7,69%) умерла не от рака, 9 (69,2%) были

живы без прогрессирования рака и 2 (15,3%) были живы с метастазами и рецидивами РПК. При сравнении видно значительное улучшение трехлетних результатов лечения РПК.

К декабрю 2017 г. были получены первые пятилетние результаты лечения 28 пациентов, получавших комплексное лечение, начиная с июня 2012 г. Из 17 мужчин были живы без рецидивов и метастазов 11 (64,07%), умерли от прогрессирования рака 3 (17,6%), умер не от РПК 1 (5,88%), были живы с метастазами и рецидивами 2 (11,7%). Из 11 женщин 2 (18%) умерли от прогрессирования РПК, 2 (18%) умерли не от РПК, 5 (45,4%) живы без рецидивов и метастазов, 2 (18%) живы с метастазами и рецидивами РПК.

Выводы

Работа МДК при лечении РПК и РАК позволяет правильно определить стадию процесса, быстрее назначать ХЛТ, по ее завершении оценивать эффективность неoadьювантной терапии и планировать оперативное лечение или продолжение ХЛТ. Трехлетние результаты у пациентов, прошедших МДК при III стадии РПК, показали значительное улучшение выживаемости по сравнению с данными 1994 г. При изучении пятилетних данных у пациентов, доступных наблюдению, также отмечено улучшение результатов, особенно у мужчин. Однако предоставить статистически достоверных данных пока невозможно, так как не проведена рандомизация.

Профилактика массивной интраоперационной кровопотери при обширных резекциях печени по поводу метастазов колоректального рака

Хайс С. Л., Мамонтов К. Г., Варнавский Е. В., Мамонтов А. К.

Алтайский филиал ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина», Барнаул

Цель

Изучение возможности снижения интраоперационной кровопотери при использовании ультразвукового диссектора.

Материалы и методы

Проанализированы результаты обширных резекций печени у 210 пациентов. Больные были распределены на группы в зависимости от метода диссекции паренхимы печени: с использованием ультразвукового диссектора ($n=81$) и традиционным методом, на зажимах ($n=129$). Пациентам из группы сравнения проводили предоперационную внутриартериальную химиотерапию по схеме FOLFIRI, FOLFOX6 или FOLFOX6+Бевацизумаб. Пациентам из основной группы дооперационную химиотерапию не проводили. Операции по поводу солитарных и единичных метастазов выполнены у 120 (57%), множественные — у 90 (43%). Чаще отмечали поражение правой доли печени — у 92 (44%), левой — у 23 (11%), билобарное поражение — у 95 (45%). Синхронные метастазы диагностированы у 86 (41%) пациентов, метахронные — у 124 (59%). У 23 (11%) пациентов наряду с метастазами в печени имелись внепеченочные метастазы, которые были удалены. Метастатические узлы размером более 5 см наблюдали у 118 (56%) пациентов, менее 5 см — у 92 (44%). Число курсов периоперационной регионарной химиотерапии в сравниваемых группах достоверно не различалось. Всем больным вы-

полнены обширные резекции печени, исключительно воротным способом. Объем выполненных однотипных операций в группах статистически не различался ($p=0,25$). Правосторонние гемигепатэктомии преобладали над левосторонними. При билобарном поражении выполняли гемигепатэктомию в стандартном или расширенном варианте на стороне большего поражения с резекцией контралатеральной доли или части печени. Подобные операции во всех группах выполнены у 43 (20%) пациентов. Расширенные гемигепатэктомии, включая перенесших расширенную гемигепатэктомию с резекцией оставшейся части печени, выполнены у 58 (28%) пациентов.

Результаты

Выполнение транссекции паренхимы печени с использованием ультразвукового диссектора не привело к достоверному снижению интраоперационной кровопотери ($p=0,35$).

Выводы

Медиана интраоперационной кровопотери в сравниваемых группах была 1065 и 1180 мл соответственно. Объем интраоперационной кровопотери достоверно возрастает от стандартной гемигепатэктомии к расширенной ($p=0,0007$). Резекция контралатеральной доли не приводит к достоверному увеличению интраоперационной кровопотери по сравнению со стандартной операцией ($p=0,005$).

Мультидисциплинарный подход в лечении пациентов с опухолями забрюшинного пространства

Ханевич М. Д., Мусатов К. Ю., Вашкуров С. М.

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

Актуальность

Диагностика и лечение опухолей забрюшинного пространства остается во многих случаях до сих пор сложной задачей. Важным условием эффективного лечения является проведение дифференциальной диагностики и установление точного, морфологически верифицированного диагноза. Несмотря на прогресс в методах лучевой диагностики, а также в лабораторных и инструментальных исследованиях, встречаются ситуации, когда отступление от мультидисциплинарного подхода может значительно затруднить установление верного диагноза, и, соответственно, привести к выбору неоптимальной тактики лечения.

Цель

Улучшение результатов лечения пациентов с опухолями забрюшинного пространства.

Материалы и методы

Проанализирован случай обследования и лечения пациентки Б.

Клинический случай

На момент начала лечения у пациентки Б. диагноз был сформулирован следующим образом: рак желудка *cTxNxM1* IV стадии, канцероматоз брюшины, метастазы в забрюшинном простран-

стве, асцит. Проведено три цикла химиотерапии по схеме FOLFOX. После контрольного обследования было принято решение о хирургическом лечении, выполнена симультанная комбинированная операция: лапаротомия, удаление опухоли забрюшинного пространства с левосторонней адреналэктомией, дистальная субтотальная резекция желудка. Окончательный диагноз после гистологического, иммуногистохимического и FISH-исследований: первично-множественная синхронная злокачественная опухоль: 1) дедифференцированная липосаркома забрюшинного пространства *pT2bN0M0* G2–3, III стадия; 2) нейроэндокринная опухоль желудка *pT1bN0M0* G2, IA стадия, *Ki-67* — 4%; 3) рак желудка *pTisN0M0*, 0 стадия. Одной из причин расхождения диагноза на момент начала лечения и окончательного диагноза является несоблюдение мультидисциплинарного подхода. Пациентка Б. находится под активным динамическим наблюдением с регулярным выполнением контрольных МРТ- и КТ-исследований. Безрецидивная выживаемость на настоящий момент составляет 2 года.

Выводы

Соблюдение мультидисциплинарного подхода позволяет улучшить результаты диагностики и лечения пациентов с опухолями забрюшинного пространства.

Лечение больных раком желудка, отягощенных сердечно-сосудистой патологией и анемией

Ханевич М. Д.¹, Юрьев Е. Ю.^{1,2}, Гипарович М. А.^{1,2}, Карасева Н. А.¹,
Кесаев Т. С.¹, Полежаев Д. А.¹, Гунят Р. Я.¹, Федоров Е. С.¹,
Егорова И. В.¹, Барышников Е. С.¹, Алборов А. Э.^{1,2}

¹ СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург

² ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии» ФМБА, Санкт-Петербург

Актуальность

Больные раком желудка более чем в 25% имеют выраженную сопутствующую патологию со стороны сердечно-сосудистой системы. Нередко течение заболевания у этих пациентов сопровождается анемией, что обусловлено рецидивирующими желудочными кровотечениями, дефицитом фолатов и снижением уровня железа в организме. Коррекция анемии в таких ситуациях представляет собой непростую задачу из-за высокого риска декомпенсации сердечно-сосудистых заболеваний при трансфузионной терапии и увеличения объема инфузионной терапии.

Цель

Изучение возможности снижения объема трансфузионной терапии путем включения в комплекс периоперационного лечения препаратов, стимулирующих эритропоэз (железосодержащие препараты, эритропоэтины), оценка влияния трансфузии эритроцитсодержащих сред на развитие послеоперационных осложнений.

Материалы и методы

К настоящему времени мы располагаем опытом применения препаратов, стимулирующих эритропоэз, в комплексе периоперационной терапии у 30 больных, отягощенных сердечно-сосудистой патологией. Препараты применяли в пред- и послеоперационном периоде. У 2 (8%) больных имел место инфаркт миокарда в анамнезе. Контрольную группу составили 30 пациентов, отягощенных сердечно-сосудистой патологией, которым коррекцию анемии проводили путем трансфузии эритроцитной взвеси. Всем пациентам была выполнена гастрэктомия или субтотальная резекция, включающая лимфодиссекцию D2. Все осложнения классифицировали по шкале Dindo–Clavien.

Результаты

Осложнения в интра- и послеоперационном периодах были зафиксированы у 35,2% больных. Летальность составила 3,4%. При этом причиной смерти у 1 больного стал повторный инфаркт миокарда. Наиболее частыми осложнениями являлись нарушения сердечного ритма — у 9 (15%) больных, острый коронарный синдром — у 5 (8,3%), воспалительно-гнойные осложнения со стороны операционной раны — у 7 (11,6%), внутрибольничная послеоперационная пневмония — у 4 (6,6%). Применение препаратов, стимулирующих эритропоэз, во всех наблюдениях позволило повысить уровень показателей красной крови до приемлемых значений, что дало возможность отказаться от трансфузии эритроцитной взвеси. В послеоперационном периоде у больных, которым не проводили трансфузии эритроцитной взвеси, снижается риск возникновения сердечно-сосудистых и воспалительно-гнойных осложнений, улучшаются регенеративные способности, повышается иммунная реактивность организма.

Выводы

Пациенты с конкурирующей сердечно-сосудистой патологией были подвержены послеоперационным осложнениям в большей мере, чем без нее, что следует учитывать при оценке операционного риска. Применение стимулирующих эритропоэз препаратов в комплексе периоперационной терапии у больных раком желудка с выраженной сердечно-сосудистой патологией способствует адекватной коррекции анемии, что позволяет не применять трансфузии эритроцитсодержащих сред, и значительно снижает объем инфузионно-трансфузионной терапии в послеоперационном периоде. Отказ от трансфузий эритроцитсодержащих сред снижает число послеоперационных осложнений и летальности.

Современные эндоскопические методы лечения опухолей щитовидной железы

Чинчук И. К.¹, Семенов А. А.^{1,2}, Черников Р. А.¹, Слепцов И. В.^{1,2},
Макарыин В. А.¹, Успенская А. А.¹, Тимофеева Н. И.¹, Карелина Ю. В.¹,
Новокшонов К. Ю.¹, Федоров Е. А.¹, Малюгов Ю. Н.¹, Саблин И. В.¹,
Горская Н. А.¹, Федотов Ю. Н.¹, Бубнов А. Н.¹

¹ Клиника высоких медицинских технологий им. Н. И. Пирогова

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,

Северо-Западный центр эндокринологии и эндокринной хирургии, Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

Актуальность

За последние 20 лет технологии в хирургии достигли большого уровня развития. Значительное место отведено развитию эндоскопической медицинской техники, что позволяет применять малоинвазивные методы лечения, выполнять маленькие разрезы, делать их незаметными. Вместе с тем, развитие интернета, медицинских сайтов, возможность общения пациентов приводят к формированию более высоких требований к косметичности и малоинвазивности. Доступность технологий приводит к тому, что зачастую такие вмешательства проводятся на коммерческой основе в непрофильных учреждениях хирургами, имеющими скромный опыт лечения патологии щитовидной железы. Это может повлечь за собой тяжелые последствия для пациентов.

Цель

Внедрение эндоскопических операций на щитовидной железе в рутинную практику работы Северо-Западного эндокринологического центра.

Материалы и методы

В нашей клинике с 2009 г. с успехом применяют видеоассистированные операции при лечении опухолей щитовидной железы. Малоинвазивность таких операций высока, травматичность низкая, однако 1,5–2 см рубец располагается на шее, в зоне видимости. Гипертрофия таких рубцов, по различным данным, достигает 53 %, что не может соответствовать критериям косметичности. Для достижения лучшего косметического результата с 2017 г. мы внедрили в практику два вида операций — ТАЕГ (transaxillar endoscopic gemythyroidectomy) и ТОЕТВА (transoral endo-

scopic thyroidectomy vestibular approach). ТАЕГ — гемитиреоидэктомия из подмышечного доступа. Показанием к данной операции являются коллоидные узлы и фолликулярная опухоль до 70 мм, объем доли железы — до 30 см³, злокачественные опухоли — до 20 мм. Противопоказания — метастазы в лимфоузлы, послеоперационный рецидив зоба, тиреоидит, ожирение, облучение шеи ранее. Преимуществами являются один разрез в подмышечной области, хорошая визуализация, возможность нейромониторинга, невысокая стоимость. Недостаток — невозможность выполнить тиреоидэктомию без применения робота. ТОЕТВА — трансоральная эндоскопическая тиреоидэктомия из вестибулярного доступа. Методика, при которой троакары устанавливаются через слизистую оболочку нижней губы. Применяют инсуффляцию углекислого газа. Показания к операции — длина доли менее 10 см, коллоидные узлы и фолликулярная опухоль до 50 мм, папиллярная микрокарцинома. Противопоказания — метастазы в боковые шейные лимфоузлы, послеоперационный рецидив зоба, облучение шеи ранее, загрудинный зоб, возможная инвазия опухоли. За 2 года прооперированы 215 пациентов, процент осложнений в группе оперированных эндоскопически ниже, чем в группе традиционных вмешательств. Косметический результат абсолютный.

Выводы

Таким образом, выполнение эндоскопических операций является методом выбора в лечении опухолей щитовидной железы у пациентов с повышенными косметическими требованиями, а проведение таких операций специалистами профильных отделений позволяет сделать это лечение безопасным.

Голосовая реабилитация. Все ли так просто?

Шинкарев С. А., Болдырев С. В., Синицын Ю. И.,
Подольский В. Н., Загадаев А. П., Абдурашидов З. И.

ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер», Липецк

Актуальность

Рак гортани входит в число чаще всего встречающихся опухолей верхних дыхательных путей. У 60–80% больных на момент диагностики имеется III–IV стадия заболевания. Потеря голосовой функции после ларингэктомии приводит к тяжелой инвалидизации больных, нарушает их социальную адаптацию. В настоящее время разработаны разнообразные методики голосовой реабилитации: использование голосообразующих аппаратов (электрогортань), обучение больных пищеводному голосу, хирургические методы. Сегодня наиболее часто употребляются в клинической практике методы трахеопищеводного шунтирования с эндопротезированием. Использование данной методики позволяет добиться голоса с низким уровнем шума, хорошей разборчивостью и громкостью. Несмотря на наличие технических средств реабилитации, после ларингэктомии далеко не во всех регионах нашей страны созданы условия для систематической массовой голосовой реабилитации всех нуждающихся в ней пациентов. В Липецкой обл. удалось создать систему обеспечения голосовой реабилитации всех нуждающихся.

Цель

Опыт организации голосовой реабилитации в Липецкой обл. на всех этапах.

Материалы и методы

Ежегодно в Липецком регионе рак гортани выявляют у 60–70 больных. Число выполненных ларингэктомий в течение последних 5 лет колеблется от 23 до 28. Таким образом, число пациентов, нуждающихся в голосовой реабилитации в Липецкой обл., ежегодно составляет около 25 человек. Число операций трахеопищеводного шунтирования и голосового протезирования составляет 11–18 в год (в среднем 15 больных в год). Остальные пациенты реабилитируются за счет электрогортани, пищеводного голоса. Некоторых пациентов (5–10%) устраивает их шепотная речь, и они отказываются от голосовой реабилитации. С внедрением в наш арсенал метода голосового

протезирования мы отмечаем снижение числа отказов пациентов от ларингэктомии (12% в 2010 г. против 4% в 2017 г.). При составлении плана лечения рака гортани в мультидисциплинарную команду входит клинический психолог, работающий с пациентом и родственниками на догоспитальном этапе, а также проводящий активное психологическое сопровождение всего лечебного процесса в стационаре.

Вопрос обеспечения пациентов голосовыми протезами занимает особое место. В нашем регионе часть больных обеспечивается голосовыми протезами за счет средств, направленных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, а часть больных — за счет средств социального страхования в рамках ИПР инвалидов при прохождении МСЭ. Всех пациентов после ларингэктомии заносят в специальную базу данных отделения опухолей головы и шеи и активно вызывают на госпитализацию для имплантации голосовых протезов. Замену голосовых протезов проводят амбулаторно.

Результаты

С 2012 по 2017 г. было проведено трахеопищеводное шунтирование с голосовым протезированием у 79 больных. Осложнения наблюдали у двух пациентов. В одном случае произошла миграция эндопротеза в пищевод. Больному был повторно установлен протез большего размера. У одного больного отмечали подтекание жидкой пищи вокруг эндопротеза. Эндопротез был удален по просьбе пациента. Фистула самостоятельно закрылась. Мы используем голосовые протезы фирмы «Provox». У всех пациентов удалось добиться восстановления голосовой функции в ближайшем послеоперационном периоде.

Выводы

Голосовое протезирование является эффективным методом реабилитации больных после ларингэктомии. В Липецкой обл. проводится персонализированный учет и голосовая реабилитация всех больных, перенесших ларингэктомию.

N-стадирование рака легкого: от КТ до ВАМЛА

Яблонский П. К., Козак А. Р., Нефедов А. О., Васильев И. В., Скороход А. А.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии»,
Санкт-Петербург

Актуальность

Рак легкого является ведущей причиной смертности онкологических больных во многих странах мира. Тактика лечения и прогноз жизни у пациентов, страдающих немелкоклеточным раком легкого, напрямую зависит от установленной стадии заболевания. При исключении отдаленных метастазов, ведущая роль в определении тактического подхода отводится характеру поражения лимфоузлов средостения — *N*-стадированию.

Цель

Оценка параметров диагностической эффективности мультиспиральной КТ грудной клетки (МСКТ), эндобронхиальной ультрасонографии с тонкоигольной аспирационной биопсией лимфоузлов (ЭБУС-ТАБ) и видеоассистированной медиастиальной лимфаденэктомии (ВАМЛА) как методов определения *N*-стадии при немелкоклеточном раке легких.

Материалы и методы

В проспективное исследование включены 30 пациентов с гистологически подтвержденным немелкоклеточным раком легкого, которым в соответствии с критериями ESTS (2014 г.) показаны хирургические методы определения *N*-стадии. Всем пациентам выполнена МСКТ и ЭБУС-ТАБ.

Факт выявления *N2–N3*-поражения считался истинно положительным, и пациентов исключали из дальнейшего исследования. Другим пациентам выполнена ВАМЛА. Гистологическое исследование удаленных лимфоузлов выступило в роли референтного метода. Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью программы SPSSStat.

Результаты

ВАМЛА выполнена в 21 случае, чувствительность метода в выявлении *N2*- и *N3*-поражения была абсолютной. Чувствительность метода МСКТ в выявлении малигнизированных лимфоузлов уровня *N2–N3* составила 50%, специфичность — 70,6%. ЭБУС-ТАБ в данной группе пациентов показала чувствительность 81%.

Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о низкой диагностической эффективности метода МСКТ, в том числе у пациентов с гиперплазированными лимфоузлами. Чувствительность эндосонографии коррелирует с размером лимфоузлов и во многом зависит от опыта эндоскописта и морфолога. Высокая диагностическая точность ВАМЛА способна оптимизировать результаты предоперационного определения *N*-стадии.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

- Абдурашидов З. И. 105
Аболимова Е. Ю. 29
Авраменко И. В. 68
Агеев А. Г. 54
Агеева А. О. 56
Адлейба С. Т. 9
Акберов И. Г. 96
Аксенова И. А. 20, 66
Алаберг С. Д. 98
Алборов А. Э. 103
Алексеева Д. А. 24, 29
Алётин С. А. 44
Алёткина Н. В. 70
Аникин В. А. 10
Анисимова А. В. 24, 73
Антимоник Н. Ю. 37, 70
Аполлонов А. А. 44
Афанасьев С. Г. 30, 94
Афанасьева З. А. 35, 96
- Бабешкин Р. Н. 58, 60, 61
Бакадорова Н. В. 98, 99
Балацкая Л. Н. 45
Баллюзек М. Ф. 11, 93
Барышников Е. С. 103
Белоус К. Е. 99
Беляев А. Н. 54
Беляев М. А. 40, 41
Беляева Е. Л. 33
Беляева О. А. 59
Беляева Т. В. 54
Беляк Н. П. 12, 13, 37, 47
Болдырев С. В. 105
Борисов П. С. 14, 15, 16, 17, 18, 19, 56, 68
Бочкова А. Г. 20
Бубнов А. Н. 85, 97, 104
Бузанаков Д. М. 85
Бусько Е. А. 81
Былинская Е. Н. 98
- Варнаровский Е. В. 101
Васильев И. В. 106
Васильев С. В. 21, 22
Васильченко М. В. 88
Вашкевич А. А. 23
Вашкуров С. М. 24, 103
Введенская Е. С. 26, 76
Вовин К. Н. 39
Волкова М. И. 27
- Гаврилов П. С. 29
Гипарович М. А. 103
Гладышев Д. В. 28
Глузман М. И. 43
Гнедаш С. С. 28
Горская Н. А. 85, 104
Гринёв И. А. 57, 58, 59, 60, 61
Гуляев Ю. А. 32
Гунят Р. Я. 29, 103
- Дзидзава И. И. 44
Димча А. А. 30
Диникин М. С. 32
Добродеев А. Ю. 94
- Доможирова А. С. 20, 66
Дорофеев В. И. 33
Дружкова Н. Б. 35
Дятчина Е. В. 98
- Егорова А. О. 29
Егорова И. В. 103
Ермакова Т. С. 36
- Жукова Н. В. 12, 37, 68
Жуманкулов А. М. 73, 75
Жураковский Н. Г. 21
- Заброда С. И. 38
Загадаев А. П. 105
Зайцев Д. А. 40, 41
Захаренко А. А. 39, 40, 41
Звягинцева Д. А. 46
Зинькевич М. В. 23
Зорина Е. Ю. 37, 99
- Иванова А. К. 72, 82
Иванова С. В. 46
Иваськова Ю. В. 47
Исхакова Г. Н. 67
Иткин И. М. 59
- Карасева Н. А. 103
Карелина Ю. В. 85, 104
Карлов П. А. 14, 16, 17, 18, 19
Кащенко В. А. 42, 43
Кесаев Т. С. 29, 103
Клименко А. Н. 21
Климов А. В. 27
Коваленко С. А. 28
Когония Л. М. 9
Козак А. Р. 106
Корзнев Д. А. 13
Котив Б. Н. 44
Коткова Т. Н. 59
Кошелев Т. Е. 88
Красавина Е. А. 45
Красноперова А. В. 59
Крючков С. Б. 38
Кубеков И. Ю. 54
Куканов М. А. 29
Кулева С. А. 46
Куручкина Д. Н. 46
Кутукова С. И. 12, 13, 36, 37, 47, 72
- Ларин Д. Б. 48
Латинова Д. Х. 15
Левина А. С. 70
Левченко Е. В. 54
Левченко Н. Е. 54
Леоненков Р. В. 15
Ломтева Е. Ю. 21
Лысанюк М. В. 82
Лычѳв А. Б. 88
- Мазурин В. С. 9
Майстренко Н. А. 55, 82
Макарьин В. А. 85, 104
Максименко А. А. 54
- Малых И. Ю. 38
Малогов Ю. Н. 85, 104
Мамонтов А. К. 101
Мамонтов К. Г. 101
Манихас А. Г. 57, 58, 59, 60, 61, 86
Манихас Г. М. 12, 13, 14, 15, 19, 32, 47, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 86
Матвеев В. Б. 27
Махмудов К. И. 44
Машкова М. В. 11
Мерабишвили В. М. 62
Моисеев М. Е. 28
Моисеенко В. М. 15
Молчанов А. А. 44
Морозов А. Н. 39
Мочалов А. А. 63
Мусатов К. Ю. 103
- Нагорная О. А. 29, 70
Найдѳнов А. А. 33
Натха А. С. 40, 41
Нефедов А. О. 106
Николаева Е. Н. 64
Новикова Т. С. 66
Новокшенов К. Ю. 85, 104
Нураев Н. Б. 29
- Оганесян А. С. 57, 58, 59
Огороднова О. В. 79, 80, 81
Орлов А. Е. 67
Орлова Р. В. 14, 15, 16, 17, 18, 19, 37, 43, 68, 70, 72, 82
Остринская Т. В. 24, 29, 73, 75
- Павлов Ю. В. 79, 80, 81
Палехов А. В. 26, 76
Пасекова Д. С. 60, 70
Петрова А. С. 81
Пискунов В. П. 77, 78
Подольский В. Н. 105
Полежаев Д. А. 103
Попов Д. Е. 21, 22
Попов Е. А. 79, 80, 81, 83, 84
Попова Н. В. 12, 37
- Раевская Н. А. 38
Раевская Н. В. 59
Разнатовский К. И. 23
Раскин Г. А. 13, 47, 72, 86
Резцова П. А. 23
Ромашенко П. Н. 82
- Саблин И. В. 85, 97, 104
Савельев В. В. 35
Савичева Е. С. 22
Савостьянов Т. Ф. 70
Сазонов А. А. 55
Саушева Е. А. 79, 80
Сафронова О. Б. 56, 79, 80, 81, 83, 84
Седнев А. В. 21
Селезнева Л. Ю. 14
Семенов А. А. 85, 104
- Семенов А. В. 22
Семенов Д. В. 19
Синицын Ю. И. 105
Скворцов В. А. 58, 86
Скороход А. А. 106
Скурихин С. С. 87
Слепцов И. В. 85, 97, 104
Слободяник А. В. 44
Смирнов Р. В. 15
Смирнова Е. В. 22
Смирнова И. И. 99
Смородский А. В. 44
Солдатов С. А. 44
Соловьев И. А. 88
Спевак Е. М. 90
Суворова Ю. В. 87, 91, 92, 93
Сулягина В. А. 59
Суров Д. А. 88
- Тимофеева Н. И. 85, 104
Тиханова Н. В. 67
Трофимец М. И. 99
- Урмонов У. Б. 94
Успенская А. А. 85, 104
- Фалчари С. М. 95
Федоренко М. В. 96
Федоров Е. А. 85, 97, 104
Федоров Е. С. 103
Федотов Ю. Н. 85, 97, 104
Фигурин К. М. 27
Филатова Е. И. 64, 98
Фридман М. Х. 99
- Хазов А. В. 99
Хайс С. Л. 101
Ханевич М. Д. 32, 38, 102, 103
Христофорандо Д. Ю. 90
Худякова Е. Г. 56
- Цырлина Е. В. 46
- Чагунава О. Л. 87, 93
Чебышева О. А. 81
Чѳрная А. В. 81
Черников Р. А. 85, 97, 104
Чернышев В. А. 35
Чернякова Е. М. 15
Чикризов С. И. 57
Чинчук И. К. 85, 97, 104
Чойнзонов Е. Л. 45
Чуйкова А. Ю. 67
- Шемеровский А. К. 58, 60, 61
Шинкарев С. А. 105
Школьник М. И. 16, 17, 18, 19
- Эрдниев С. П. 12, 37, 68
- Юдин А. А. 38
Юнусова Н. В. 30
Юрьев Е. Ю. 103
- Яблонский П. К. 106

Сборник тезисов
научно-практической конференции

**МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД:
ОСОБЕННОСТИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Научное издание

Редактор *Н. Ю. Крамер*

Верстка *М. Н. Клочков*

Подписано в печать 2.10.2018.
Формат 60×90¹/₁₆. Бумага офсетная.
Гарнитура «Таймс». Печать офсетная.
Усл. печ. л. 6,75. Уч.-изд. л. 8. Тираж 000. Заказ № 1810106.
Издательство «Гиппократ»
197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., д. 15 лит. 3,
тел. +7 (931) 286 32 00
Эл. адрес: hpt.info@mail.ru.
www.hypokrat.ru

Отпечатано в типографии «Лесник-принт»
197183, Санкт-Петербург, ул. Сабировская, д. 37