



VI Ежегодная международная
научно-практическая конференция

«Современные аспекты диагностики
и лечения опухолей основных локализаций»
посвященная 80-летию онкослужбы Донбасса

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**VI Ежегодной международной научно-практической
конференции «Современные аспекты диагностики
и лечения опухолей основных локализаций», посвященной
80-летию онкослужбы Донбасса
20–21 апреля 2023 года, г. Донецк**

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

Республиканский онкологический центр имени
профессора Г. В. Бондаря

ОРГАНИЗАТОРЫ:

Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики

Министерство образования и науки Донецкой Народной Республики

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий
национальный медицинский университет имени М. Горького»

Республиканский онкологический центр имени профессора Г. В. Бондаря

Ассоциация Онкологов России

Уважаемые коллеги!

Мы рады приветствовать всех коллег, проявивших интерес к актуальным вопросам онкологии!

20–21 апреля 2023 года в стенах Республиканского онкологического центра им. проф. Г. В. Бондаря проходит VI Ежегодная международная научно-практическая конференция памяти академика Г. В. Бондаря «Современные аспекты диагностики и лечения опухолей основных локализаций», посвященная 80-летию онкологической службы Донбасса.

Конструктивное взаимодействие и углубленное сотрудничество является неотъемлемой частью развития науки. С 2016 года конференция стала доброй традицией встречи и обсуждения наиболее актуальных проблем в онкологии. Приятно отметить, что интерес к конференции возрастает

с каждым годом, география и тематика расширяются, что способствует обмену опытом между ведущими специалистами и молодыми учеными различных регионов ДНР, ЛНР, Российской Федерации, поддерживая связь между наукой и практикой. Своим опытом, знаниями и навыками поделятся ведущие специалисты клинические онкологи, радиологи, онкохирурги, а также специалисты смежных областей.

Зарождение онкологической службы Донбасса пришлось на тяжелое военное время и сейчас, спустя 80 лет, нашей службе выпали непростые испытания. Однако в это трудное время есть одно ценное качество — оно показывает нам, чего мы действительно стоим. Трудности сплотили нас, открыли дополнительные резервы сил и возможностей, проверили нас на прочность в очередной раз. Не в наших правилах останавливаться на достигнутом, ведь нам предстоит решать еще много новых задач! Увеличение общей выживаемости, улучшение качества жизни, скрининг онкологических заболеваний, вопросы сопроводительной терапии, реабилитации и паллиативной помощи без этих составляющих полноценная помощь на всех этапах невозможна.

Центр с гордостью несет имя великого Учителя Григория Васильевича Бондаря!

И в нашей теперешней жизни он по-прежнему наставник и помощник!

Уверен, что симбиоз науки и практики команды профессионалов, самоотверженно отдающих свои знания, опыт и умения во благо пациентам, дадут мощный толчок для дальнейшего развития онкологической службы Донбасса!

Пусть любимое дело приносит радость, а высшей наградой будет здоровье пациентов! Желаю плодотворной работы и конструктивных дискуссий!



Главный внештатный онколог МЗ ДНР,
Главный врач
Республиканского онкологического центра
имени профессора Г. В. Бондаря МЗ ДНР,
д.м.н. профессор, заведующий кафедрой
онкологии и радиологии им. акад. Г. В. Бондаря
ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ М.ГОРЬКОГО»

И.Е. Седаков

Содержание

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ РАБОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.....	3
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ОНКОЛОГИИ	8
СКРИНИНГ, РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА В ОНКОЛОГИИ.....	16
ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ	20
ТОРАКАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ.....	29
МАММОЛОГИЯ	35
РАК ЖЕЛУДКА	39
ОПУХОЛИ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ.....	44
ПЕРВИЧНЫЙ И МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ РАК ПЕЧЕНИ.....	45
КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК	46
ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ	51
ОНКОУРОЛОГИЯ	67
ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ.....	68
ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ	72
ОПУХОЛИ КОСТЕЙ.....	74
ОНКОГЕМАТОЛОГИЯ.....	77

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ РАБОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Семикоз Н. Г., Литвинова А. С., Рязанцева Д. С.

РАДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ДОНБАССА: ОТ ПРОШЛОГО К БУДУЩЕМУ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. В 2023 году Донбасс отмечает 80-летие онкологической службы, не забывая богатую историю и важную роль, которую играет радиологическая служба Донбасса.

Цель. Показать историю развития радиологической службы как одного из основных звеньев помощи онкологическим пациентам.

Материалы и методы. Архивные данные музея основателя онкологической службы Донбасса академика, д.м.н., профессора Григория Васильевича Бондаря в Республиканском онкологическом центре (Донецк, ДНР), и материалы базы данных Федерального Государственного Автономного Учреждения «Музейно-храмовый комплекс Вооруженных Сил Российской Федерации» Министерства обороны РФ.

Результаты. Участники Первого Всесоюзного съезда онкологов 1931 г. отметили значение государственных мер борьбы против рака. Уже в 1930-е годы Московский НИИ им. А. И. Герцена был подключен к решению задач общегосударственного масштаба и для развития онкологической службы на Донбассе направил врача-онколога Стеллинг Екатерину Владимировну, которая считается по праву первым организатором радиологической службы на Донбассе. В 1946 Екатерина Владимировна возглавила Донецкий областной онкологический диспансер (ДООД), восстановленный профессором М. К. Афанасьевым в 1943 году, в составе которого функционировало первое радиологическое отделение и имелись активные койки для проведения внутриволостного облучения, проводилось дистанционное облучение на рентгенотерапевтическом аппарате (полуглубокая рентгенотерапия). Под руководством Григория Васильевича Бондаря в сентябре 1968 г. был организован курс онкологии, клинической базой которого стал ДООД. 19 августа 1975 г. Григорий Васильевич возглавил созданную в Донецком государственном медицинском институте им. М. Горького кафедру онкологии. В декабре 1986 г. был подписан акт о введении в эксплуатацию новых корпусов ДООД. Радиологическая служба была представлена отделением на 120 коек. В нем на оснащении 4 гамма-терапевтических аппарата для дистанционной лучевой терапии, 1 — для брахитерапии и 1 рентгенотерапевтический аппарат. 12 октября 1992 года Донецкий областной онкологический диспансер получает статус противоопухолевого центра. Генеральным директором Донецкого областного Противоопухолевого центра назначен академик НАМНУ, доктор медицинских наук, профессор Григорий Васильевич Бондарь. В 2000 году путем слияния курсов усовершенствования онкологии и радиологии организовалась кафедра онкологии и радиологии ФИПО, где проходили подготовку и переподготовку курсанты по специальности «Радиология» (ныне — радиотерапия). В 2006 году получены линейные ускорители и установлен первый радиотерапевтический комплекс в Украине. Вскоре радиологическая служба Донбасса стала ведущей в стране. В 2013 году отремонтирован и переоснащен единственный в Украине блок брахитерапии, где применялись методики внутриволостной, внутритканевой, внутриволостной лучевой терапии. В связи с развитием новых технологий организовано отделение клинической дозиметрии и радиационной безопасности. В плане развития радиологической службы Донбасса было намечено строительство радиологического корпуса. В связи с началом военных действий строительство нового радиологического корпуса приостановлено, но старые гамма-терапевтические установки работают до сегодняшнего момента, а лучевую терапию в Центре получают более 2000 человек.

Выводы. В Донбассе работают высококвалифицированные специалисты, подготовленный медперсонал, который при переоснащении радиологических отделений готов оказывать медицинскую помощь на современном уровне.

К ВОПРОСУ ОБ ЭТАПНОСТИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Российский государственный социальный университет

Введение. Стремление к совершенствованию заложено в любой системе. Только благодаря вносимым в нее изменениям на этапах своего развития система не только сохраняет устойчивость, но, подстраиваясь под требования эволюции, сохраняет свою целостность. Основой для внесения изменений является анализ результатов функционирования системы за обозримый исторический период с учетом достижений и ошибок.

Цель. Анализ развития системы здравоохранения и медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации.

Материалы и методы. Проанализирована нормативная правовая база Российской Федерации в сфере охраны здоровья и организации онкологической помощи.

Результаты. Стремление к совершенствованию заложено в любой системе. Только благодаря вносимым в нее изменениям на этапах своего развития система не только сохраняет устойчивость, но, подстраиваясь под требования эволюции, сохраняет свою целостность. Основой для внесения изменений является анализ результатов функционирования системы за обозримый исторический период с учетом достижений и ошибок. Ни одна из систем здравоохранения, будь то государственные или социально-страховые модели Н. А. Семашко, О. фон Бисмарка, У. Г. Бевериджа, японская система охраны здоровья или рыночные модели, характерные для США, Колумбии, Филиппин, не лишена своих недостатков и постоянно подвергается совершенствованию. В советское время отмечалось отставание многих медицинских организаций от возможностей мировой медицины того периода, необходимость расширения сети медицинских учреждений и ухода от т.н. принципа «остаточного выделения финансовых ресурсов» для здравоохранения. Принятие Федерального закона РФ от 28.06.1991 года № 1499–1 «О медицинском страховании граждан в РФ» явилось важным шагом, определившим путь преобразования системы здравоохранения нашей страны. Основной задачей медицинского страхования, по сути, предусматривающего переход от бюджетного финансирования к прямому выделению средств, предназначенных для отрасли здравоохранения, являлась не допустить радикально урезать финансирование. Глобальным результатом реформ конца XX века явился демонтаж социалистической государственной системы здравоохранения и перевод ее функционирования на рыночные условия. Медицинская помощь детям с онкологическими заболеваниями выделена в отдельное направление в середине XX в. и прошла путь от первого в стране отделения, созданного в 1962 г. по инициативе академика РАМН Л. А. Дурнова, до системы медицинских организаций разных уровней. Специальность «детская онкология» утверждена лишь в 1997 году. Формально система медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями вполне успешно развивается. Но в реальности отмечаются существенные дефекты как в разработке нормативной правовой базы, так и в организации самой службы. Порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «детская онкология» утвержден лишь в 2012 г., спустя 5 лет после утверждения специальности. Разработанный, в рамках работы над докторской диссертацией одного из соавторов статьи, обновленный проект Порядка, направленный на рассмотрение в Правовой департамент Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2018 г., так и не был утвержден, хотя разрабатывался при непосредственном участии директора и сотрудников Департамента медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья Минздрава России. Данный проект впервые выделял различные уровни медицинских организаций, а также упорядочивал маршрутизацию пациентов и устранял избыточные требования к оснащению отделений. Лишь в 2021 г. утвержден Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.02.2021 № 55н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология и гематология», то есть по новой специальности, введение которой в номенклатуру вызывает сомнения в целесообразности. Среди других дефектов следует отметить дефицит кадров, который превышает 40%, и нерациональное использование коечных мощностей. Из почти 2600 детских онкологических коек в Российской Федерации порядка 600 расположены на базе медицинских организаций федерального подчинения (третий А и Б уровни) и 2000 — в составе региональных отделений детской онкологии. При этом средняя занятость койки в составе отделений третьего уровня превышает 365 койко-дней, а в некоторых субъектах находится на крайне низком уровне — порядка 150 койко-дней. Это объясняется и низким доверием населения к региональному здравоохранению, о чем свидетельствуют результаты социологических опросов родителей пациентов, и отсутствием достаточного опыта у детских онкологов в регионах, что превращает в замкнутый круг череду проблем.

Выводы. Очевидно, что совершенствование системы здравоохранения — непрерывный процесс, терпящий определенные изменения в зависимости от трендов времени. Новый исторический этап реформирования будет связан с формированием экосистемы здравоохранения, тесно интегрированной

с другими областями: образованием, наукой, экономикой с учетом широкого распространения цифровых технологий. При этом необходимо обеспечить не только разработку и утверждение современной нормативной правовой базы, но и реализацию идей в каждой конкретной области медицины.

Черняев А. П., Борщеговская П. Ю., Лыкова Е. Н., Студеникин Ф. Р.

РАЗВИТИЕ ПРОГРАММ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ ФИЗИКОВ В МОСКОВСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

МГУ имени М. В. Ломоносова

Введение. В современное обязательное оснащение медицинских центров входит оборудование, в котором применяются физические технологии, основанные на принципе действия ионизирующего излучения, это оборудование для диагностики, профилактики и терапии заболеваний. В настоящее время проводится регулярное переоснащение российских медицинских центров новейшими аппаратами, однако существует проблема недостаточного числа квалифицированных специалистов, которые могут работать на поставляемом оборудовании.

Цель. Целью данного доклада является освещение проблем подготовки и аккредитации медицинских физиков, отвечающих за гарантию качества и безопасность лучевой диагностики и терапии.

Материалы и методы. Понимание наличия проблемы имеется и в медицинских, и в научно-образовательных кругах. Лидерами подготовки медицинских физиков в России являются физический факультет Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова и Национальный исследовательский ядерный университет «Московский инженерно-физический институт», где целевые учебные программы развиваются с 1990-х годов, а также Томский политехнический университет. Курсы повышения квалификации для медицинских физиков проводят в МГУ имени М. В. Ломоносова, ассоциации медицинских физиков России (АМФР) совместно с РМАПО и ФМБЦ имени А. И. Бурназяна ФМБА.

С 2012 года курсы повышения квалификации медицинских физиков проводятся в МГУ.

В 2016 году по заказу Фонда инфраструктурных и образовательных программ Роснано в МГУ имени М. В. Ломоносова (кафедра физики ускорителей и радиационной медицины) была разработана программа профессиональной переподготовки физиков и инженеров для лучевой терапии.

С 2017 года по н. вр. по программе профессиональной переподготовки «Медицинская физика» прошло обучение около 50 человек.

В 2021 году кафедра физики ускорителей и радиационной медицины физического факультета МГУ разрабатывала и является основным составителем оценочных средств, которые будут использоваться при проведении первичной специализированной аккредитации специалистов по должности «Медицинский физик». Приказ Минздрава России от 22 ноября 2021 г. № 1081н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов». Аккредитация будет осуществляться аккредитационными площадками.

Разработка осуществлялась в соответствии с проектом профессионального стандарта (ПС), который включал в себя 3 обобщенные целевые функции медицинского физика: 1. Физико-техническое обеспечение дистанционной, контактной и интраоперационной лучевой терапии; 2. Физико-техническое обеспечение лучевой диагностики и интервенционная радиология; 3. Физико-техническое обеспечение радионуклидной диагностики и терапии.

Так как ПС до сих пор не утверждён, все вопросы из банка тестов по целевым функциям пришлось объединить.

Результаты. На сегодняшний день проблема подготовки кадров стоит остро. На физическом факультете МГУ ежегодно выпускается 20 специалистов, в НИЯУ МИФИ — 30, а в ТПУ — 7. Всего в МГУ подготовлено более 100 медицинских физиков, из них 70 работает в медицинских учреждениях. По программе переподготовки специалистов выпускается около 10 человек в год.

Сегодня первоочередная потребность специалистов в медицинских организациях составляет около 300, а прогнозная потребность — 1500 к 2025 году. По целевому показателю 2200–2400 (данная оценка совпадает между рекомендациями готовящихся нормативных актов, МАГАТЭ и ЕК), к 2025 году необходимо готовить не менее 300 медицинских физиков в год. Также, согласно приказу, необходимо будет аттестовать специалистов, для этого надо создать аттестационные площадки в нескольких регионах РФ. А также необходимо утвердить профессиональный стандарт, чтобы медицинские физики могли работать по специальности.

Выводы. Данные разработки позволят эффективно решать вопрос кадрового обеспечения в центрах лучевой диагностики и терапии. Гарантировать высокий уровень знаний специалистов, необходимый в лечебном процессе и принятии ответственных решений по терапевтическому использованию радиационных устройств и обеспечению радиационной безопасности пациентов и персонала.

Седаков И. Е., Шкарбун Д. А.

РАЗВИТИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Датой создания службы паллиативной медицинской помощи (ПМП) в Донецкой Народной Республике можно считать 21 мая 2015 года, когда был издан Приказ МЗ ДНР № 560-К «Об утверждении состава Республиканских главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики», которым предусматривалась должность специалиста по паллиативной и хосписной медицине.

К этому моменту паллиативная помощь в ДНР оказывалась в четырёх стационарных отделениях с общим коечным фондом 90 коек.

Старейшим из этих отделений было отделение интенсивного сестринского ухода в Донецком областном противоопухолевом центре, открытое в апреле 2000 года по инициативе профессора Г.В. Бондаря и предназначенное для оказания высококвалифицированной паллиативной и симптоматической помощи онкологическим больным с прогрессирующим раком, не нуждающимся в специальном противоопухолевом лечении. Это было первое стационарное отделение подобного профиля в Донецком регионе. В связи с необходимостью методического сопровождения ПМП, коллективом кафедры онкологии ДонНМУ им. М. Горького были изданы монографии «Хронический болевой синдром у онкологических больных» (Донецк, 2011), «Паллиативная медицинская помощь» (Донецк, 2016), а также выпущено учебное пособие для студентов V–VI курсов медицинских ВУЗов «Паллиативная медицинская помощь» (Донецк, 2016).

Важным шагом в развитии службы ПМП стало принятие Приказа МЗ ДНР № 1273 от 05.07.2017 г. «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», в котором определены цели и задачи ПМП, определены структурные подразделения для оказания ПМП, регламентирован порядок и правила их работы; утверждены штатные нормативы и примерный табель материально-технического оснащения этих подразделений. В январе 2018 года были открыты 4 паллиативные койки в составе онкоотделения Ясиноватской ЦРБ, а в марте — 10 паллиативных коек в составе онкоотделения горбольницы № 2 г. Макеевки. В марте 2019 года были открыты 10 хосписных коек в составе терапевтического отделения Харцызской ЦГБ. Минувший 2022 год стал важным этапом в развитии ПМП в ДНР благодаря значительному увеличению числа стационарных коек для оказания ПМП. В рамках оптимизации коечного фонда учреждений здравоохранения Республики, в соответствии с приказами МЗ ДНР № 2953 от 21.09.2021 г. и № 3712 от 15.11.2021 г. были дополнительно открыты паллиативные койки в гг. Донецке, Енакиеве, Ждановке, Комсомольском, Снежном, Торезе, Шахтёрске, Харцызске. По состоянию на 1 января 2023 года, ПМП взрослому населению ДНР оказывается на 309 стационарных койках в 15 учреждениях здравоохранения.

Оказание ПМП проводится в соответствии с положениями Приказа МЗ РФ № 345н от 31 мая 2019 года «Об утверждении положения об организации паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».

С целью повышения доступности и качества оказания ПМП взрослым и детям, в 2022 году при участии главного внештатного специалиста по паллиативной помощи Министерства здравоохранения Российской Федерации Д. В. Невзоровой была разработана и утверждена региональная программа «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи в Донецкой Народной Республике» на период 2023–2025 годы, в которой определены задачи, необходимые для достижения поставленной цели.

Чайка В. К., Ласачко С. А., Седаков И. Е., Железная А. А.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ И АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ (СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ)

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. Неопухолевые заболевания молочных желез (МЖ) чрезвычайно распространены среди женщин репродуктивного возраста (до 30%), а частота сочетанной патологии МЖ и гениталий достигает 76,0–97,8%. Узловая и пролиферативная формы дисплазии МЖ — группа риска по развитию рака. Доказано наличие патогенетической взаимосвязи между состоянием МЖ и нарушениями репродуктивного здоровья.

Цель. Создание комплексной системы оказания медицинской помощи, включающей организационные мероприятия, дифференцированные диагностические и лечебно-профилактические алгоритмы, женщинам с неопухолевыми заболеваниями молочных желез и нарушениями репродуктивного здоровья.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ медицинской документации 4087 небеременных женщин репродуктивного возраста, которые были разделены на 4 группы по нозологическому признаку в соответствии с МКБ 10: мастодиния — группа М, галакторея — Г, диффузная дисплазия — Д, и кистозная форма дисплазии с эпителиальной пролиферацией — К. Пациентки с кистозной формой мастопатии с эпителиальной пролиферацией выделены для подробного изучения в отдельную группу, так как эта форма, согласно данным литературы, является крайней степенью доброкачественных изменений и наиболее опасна с точки зрения риска дальнейшей злокачественной трансформации. Контрольную группу составили 147 условно здоровых женщин репродуктивного возраста без патологии МЖ. Использовали клинические, лабораторные (в том числе морфологические), инструментальные методы диагностики (ультразвуковое исследование, маммография, биопсия).

Результаты. Дисгормональные заболевания МЖ (ДЗМЖ) были выявлены у 62,0%, среди гинекологических пациенток — в 72%, среди обратившихся для профосмотра — у 20,8%. РМЖ среди женщин репродуктивного возраста выявлен в 0,4%, доброкачественные опухоли в 1,1%. Изучено влияние 64 факторов и выделены наиболее значимые факторы риска. Структура нозологических форм ДЗМЖ: диффузная дисплазия — 74,39%; «кистозная с эпителиальной пролиферацией» — 6,99%, галакторея — 8,52%, мастодиния — 10,10%. 50% женщин с ДЗМЖ имели в анамнезе одни роды, треть женщин не рожали, наибольшим этот процент был в группе К — 36,2%. 38,4% имели в анамнезе искусственные аборты. Выявлена высокая частота нарушений лактации при ДЗМЖ. Среди пациенток с ДЗМЖ практически нет женщин без гинекологических заболеваний. Наиболее значимы: воспалительные заболевания матки и придатков, нарушения менструальной функции, дисменорея, миома матки, эндометриоз, полипы.

Был разработан дифференцированный алгоритм диагностики и лечения ДЗМЖ в зависимости от нозологической формы и индивидуального патогенетического варианта, предусматривающий взаимодействие онкологической и акушерско-гинекологической служб и четкую маршрутизацию пациентки.

Выводы. ДЗМЖ составляют наибольшую долю заболеваний МЖ в репродуктивном возрасте, выявляются у 72% гинекологических больных и в 21% при профосмотрах. Мастодиния, галакторея, дисплазия МЖ и кистозная форма дисплазии с пролиферацией эпителия имеют общий патогенез и факторы риска. Без лечения ДЗМЖ прогрессируют. Создание междисциплинарной системы оказания помощи данной категории способствует улучшению ранней диагностики, и, соответственно, вторичной профилактики дисгормональных заболеваний МЖ.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ОНКОЛОГИИ

Седаков И. Е., Совпель О. В., Заика А. Н., Румянцева И. В.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ЕЮНОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА В ПОСТГАСТРЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. Такое технически сложное и травматичное оперативное вмешательство как гастрэктомия сопровождается последующим развитием патологических постгастрэктомических синдромов, представляющих собой как хирургическую, так и патофизиологическую проблему.

Цель. Путем анализа и сравнения отдаленных результатов после гастрэктомий выявить ведущую постгастрэктомическую патологию при «агастральном синдроме» в зависимости от способа восстановления непрерывности пищеварительного тракта — мануального функционального пищевода-тонкокишечного анастомоза по Г. В. Бондарю и циркулярного степлерного анастомоза.

Материалы и методы. 98 пациентов после гастрэктомии в РОЦ им. проф. Г. В. Бондаря за период 2016–2019 гг. обследованы на предмет изучения отдаленных функциональных результатов в зависимости от вида реконструкции пищеварительного тракта. Пациенты разделены на 2 группы: в 1-й группе (n=51) на реконструктивном этапе сформирован ручной пищевода-кишечный анастомоз по Г. В. Бондарю, во 2-й группе (n=47) — степлерный анастомоз. Перечень обследований включал в себя фиброэзофагоюноскопию и рентгенконтрастный метод в режиме рентгенкинематографии. Обследования выполнялись в динамике в сроке от 3 мес. до 1 года после гастрэктомии.

Результаты. Из 98 обследованных больных в послеоперационном периоде еюноэзофагеальная рефлюксная болезнь была выявлена у 82 человек (83,6%). В группе пациентов с механическим швом еюноэзофагеальная рефлюксная болезнь наблюдалась в 100% случаев, т.е. у всех 47 больных данной группы. Тогда, как в группе с мануальным эзофагоюноанастомозом из 51 пациента у 35 было отмечено возникновение еюноэзофагеальной рефлюксной болезни, что составило 68,6%. Сопоставив данные рентгенологической картины еюно-эзофагеального рефлюкса, степень его выраженности и имеющихся при этом изменений на слизистой оболочке пищевода мы классифицировали и условно определили 4 степени тяжести постгастрэктомической рефлюксной болезни. Согласно нашей классификации, пациенты с I и II степенями тяжести составляли 38 (38,7%) и 36 (36,7%) больных соответственно. В каждой из этих групп на 2,4% преобладали пациенты группы механического шва. III и IV степеней тяжести рефлюкс-эзофагита у пациентов с муфтообразным мануальным эзофагоюноанастомозом в нашем исследовании не отмечено. В группе больных со степлерным анастомозом у 6 пациентов (12,7%) выявили III степень и у 2-х (4,2%) — IV степень тяжести еюноэзофагеальной рефлюксной болезни.

Выводы. 1. Ведущей патологией при постгастрэктомическом состоянии является рефлюкс-эзофагит в результате еюноэзофагеального рефлюкса. При всех видах реконструкции пищеварительного тракта после гастрэктомии может возникнуть тонкокишечно-пищеводный рефлюкс разной степени выраженности, однако частота развития данной постгастрэктомической патологии во многом зависит от варианта формирования пищевода-тонкокишечного анастомоза. 2. Еюноэзофагеальная рефлюксная болезнь нуждается в разработке классификации, позволяющей идентифицировать различные по тяжести стадии заболевания, основываясь на одновременном выявлении и сопоставлении эндоскопических и рентгенологических данных обследования. 3. Используя в работе разработанную нами классификацию еюноэзофагеального рефлюкса, нами доказано преимущество формирования ручного пищевода-кишечного соустья над степлерным анастомозом в плане частоты и степени выраженности еюноэзофагеальной рефлюксной болезни.

Седаков И. Е., Поршнева Е. В., Махова А. В., Краснова М. С.

ПРИОРИТЕТНЫЙ МЕТОД ЛУЧЕВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. «Золотым стандартом» диагностики молочных желёз и основным методом скрининга рака молочной железы (РМЖ) является рентгенологическая маммография (РМ). Диагностическая информативность РМ, по сравнению с другими методами медицинской визуализации, является наиболее высокой. Чувствительность маммографии в выявлении рака молочной железы составляет 80%. Диагностическая эффективность метода, используемого в условиях специализированного рентген-кабинета, достигает 92% при клинических проявлениях болезни и 76% — при непальпируемом РМЖ.

Цель. Определение метода выбора лучевой диагностики патологии молочной железы и проведение сравнительного анализа снимков в динамике для визуализации эффективности и своевременной корректировки лечения.

Материалы и методы. С 2016 по 2020 гг. на базе Республиканского онкологического центра им. проф. Г. В. Бондаря обследовалось около 20 000 пациенток. Исследования проводились на маммографической системе ItaeRay «MAMMOGRAPH» с возможностью проведения стереотаксической биопсии. Всем проводилось комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное исследование. Результаты лучевого исследования сопоставлялись с данными биопсий, оперативных вмешательств и морфологического исследования.

Результаты. Выявление благодаря РМ случаев непальпируемого РМЖ, морфологически верифицированного, размером около 1 см и с редким поражением регионарных лимфатических узлов позволило проводить максимально органосохраняющие операции, при которых послеоперационное течение и отдаленные результаты оказывались лучше, чем после радикальной мастэктомии, что также клиничко-рентгенологически подтверждено на протяжении четырёх лет наблюдения.

Выводы. Среди существующего многообразия лучевых методов обследования молочных желез приоритетным и основным является рентгенологическая маммография. Нельзя пренебрегать высокоэффективностью МРТ метода исследования молочных желез, но его применение имеет ряд ограничений, как и его ограниченная доступность.

Семикоз Н. Г., Рогалев А. В., Бондарь А. В.

ИНДЕКС ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. Рак шейки матки (РШМ) относится к самым распространенным злокачественным опухолям у женщин. Во всём мире рак этой локализации по частоте находится на втором месте после рака молочной железы. Данная женская патология встречается в наши дни довольно часто и требует незамедлительного лечения.

Цель. Выделить индекс пролиферативной активности при раке шейки матки Ki-67, как прогностический фактор, влияющий на выбор адъювантной послеоперационной химиотерапии.

Материалы и методы. В 2022 году в РОЦ им. проф. Г. В. Бондаря для поиска критериев, определяющих прогностические факторы, и показаний к последующей адъювантной терапии были отобраны 60 пациенток с РШМ I–II стадии в возрасте 35–50 лет. Всем женщинам выполнялась операция — расширенная экстирпации матки с последующим послеоперационным сочетанным курсом лучевой терапии. При патогистологическом исследовании в 11 (18%) случаях была выявлена лимфоваскулярная инвазия или наличие опухолевых эмболов в гистологических препаратах. При иммуногистохимическом исследовании (ИГХ), направленном на выявление активности роста опухоли Ki-67, у 49 (81%) пациенток выявлена низкая или умеренная пролиферативная активность — 0–15%. А у больных с лимфоваскулярной инвазией и/или наличием опухолевых эмболов в гистологических препаратах, маркер пролиферации (Ki-67) был высокой активности и составил 16–100%.

Результаты. Полученные результаты являются показанием к проведению адъювантных курсов полихимиотерапии. Это должно улучшить абластичность и, тем самым, предотвратить возникновение рецидивов, локальных и отдалённых метастазов после радикального лечения. Также по высокому индексу пролифе-

ративной активности можно судить о возможном ответе опухолевого процесса на терапию, что и является показанием к проведению адъювантных курсов ПХТ.

Выводы. В современной онкологии ведется поиск критериев, позволяющих верифицировать степень гистологической и биологической злокачественности с максимальной объективностью. Полученные данные позволяют сделать вывод о возможном использовании лимфоваскулярной инвазии и индекса пролиферативной активности Ki-67, как прогностических факторов течения РШМ, и показанием к адъювантной полихимиотерапии.

Седаков И. Е., Кулишова О. В., Середенко Е. В., Чурилов А. В., Гуляр А. Н., Финаева Д. Е.

ОЦЕНКА КТ СЕМИОТИКИ НАКОПЛЕНИЯ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ТИПАХ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) — ведущая причина смертности среди женщин по всему миру. Благодаря широкому распространению современных методов лечения отмечается улучшение показателей выживаемости среди женщин с РМЖ. В качестве скринингового метода в диагностике РМЖ широко используется маммография и УЗИ, а для уточняющей диагностики — МР-маммография. Однако использование МР-маммографии ограничено в связи с низкой доступностью метода. В связи с этим, появляются предпосылки для адаптации и применения альтернативных методов лучевого исследования, таких как СКТ с внутривенным контрастированием.

Цель. Изучение особенностей накопления и распределение контрастного препарата в опухолевой ткани молочной железы при разных иммуногистохимических типах РМЖ, корреляции между степенью накопления контрастного вещества опухолевой тканью и Ki-67 фактором.

Материалы и методы. На базе Республиканского онкологического центра им. проф. Г. В. Бондаря был проведен ретроспективный анализ КТ-томограмм 35 пациенток с установленным диагнозом РМЖ, в возрасте от 35 до 78 лет, средний возраст составил 58 лет. Исследование проводилось на 128-срезовом компьютерном томографе фирмы Philips ingenuity с использованием внутривенного болюсного введения Омнипака 350. Анализ изображений до и после контрастирования производили с помощью измерения плотности по шкале Хаунсфилда (HU). Оценивали плотность опухолевой ткани, окружающей фиброгрудной ткани, контрлатеральной молочной железы на симметричном участке при нативном исследовании и в артериальную фазу контрастирования. Для математической обработки данных применяли стандартные пакеты общепринятого программного обеспечения Microsoft Office Excel (2010) в среде операционной системы Windows 7, стандартные пакеты для статистического анализа данных «STATISTICA 10.0».

Результаты. В исследовании встречались все иммуногистохимические типы РМЖ на основе иммуногистохимического анализа опухоли. Люминальный тип А встречался в 12 (34,3%), люминальный В Her-2/neo позитивный — в 9 (25,7%), люминальный В Her-2/neo негативный — у 8 (22,8%), тройной негативный — у 6 (17,2%). При оценке показателей плотности опухолевой ткани при нативном исследовании и после внутривенного контрастирования в артериальную фазу самое высокое значение контрастного усиления было отмечено у люминального А типа (78,51 HU) и значительно превалировало над люминальным В типом Her2/neo негативным (41,48 HU), а также люминальным В типом Her2/neo позитивным (66,64 HU). Самое низкое контрастное усиление наблюдалось у тройного негативного (39,4 HU) иммуногистохимического типа РМЖ. Было отмечено, что контрастное усиление опухолевого узла при люминальном В типе Her2/neo позитивном достоверно выше, чем при люминальном В типе Her2/neo негативном. При сопоставлении данных накопления контрастного вещества опухолевой тканью при люминальном В типе Her2/neo негативном и тройном негативном иммуногистохимическом типе статистически значимых различий выявлено не было. При анализе показателей плотности опухолевой ткани с низким индексом пролиферативного маркера Ki-67 отмечено более слабое накопление контрастного вещества, чем при опухолевом процессе с высоким показателем Ki-67. При статистической обработке определялась корреляционная зависимость между ИГХ типом РМЖ и уровнем накопления контрастного вещества. Также определялась обратная зависимость между степенью контрастирования и индексом Ki-67.

Выводы. Таким образом, в ходе исследования выяснено, что степень накопления контрастного препарата коррелирует с иммуногистохимическим типом РМЖ, а также индексом Ki-67. Обратная корреляционная зависимость между уровнем накопления контрастного вещества опухолевой тканью и показателем индекса пролиферативного маркера Ki-67, по данным литературы, может быть связана с центральной десплазией и некрозом в высокопролиферативных опухолях. Анализ показателей плотности опухолевой ткани до и после контрастирования позволяет прогнозировать лечебную тактику и расширяет возможности применения КТ с внутривенным контрастированием при РМЖ.

Черняева Ю. В.

МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

Введение. Синдром абдоминальной боли у беременных представляет сложности в диагностике, вызванной необходимостью дифференцировки акушерской и неакушерской патологии. Трудность интерпретации ультразвуковых изображений по причине затруднения визуализации и смещения анатомических ориентиров, ограничение применения диагностических методов, связанных с лучевой нагрузкой (КТ, рентгенография) создает необходимость включения в диагностическую схему МРТ.

Цель. Разработка мультимодального подхода в оценке объемных образований органов брюшной полости и малого таза у беременных, позволяющего улучшить результаты диагностики и обеспечивающего своевременность и эффективность лечения.

Материалы и методы. Обследовано 98 беременных в возрасте 18–41 года, в сроках гестации 7–38 недель с синдромом абдоминальной боли. Из анализа исключили случаи угрозы прерывания беременности. УЗИ проведено всем беременным на ультразвуковых сканерах EnVisor C и Phillips HD11 с конвексным мультиточечным датчиком 2,0–5,0 МГц и вагинальным датчиком 4,0–8,0 МГц в В-режиме, режимах цветового, энергетического доплеровского картирования и импульсной доплерометрии. МРТ по показаниям выполнена 15 (15,8%) беременным на аппарате Philips Ingenia 1,5 T.

Результаты. В ходе проведенного обследования в 57 (58,2%) случаях были выявлены кистозные образования малого таза, исходящие из яичника: кисты желтого тела — 27 (27,6%), фолликулярные кисты яичников — 5 (5,1%), тека-лютеиновые кисты — 5 (5,1%), эндометриоидные кисты — 8 (8,2%), 4 (4,1%) цистаденомы и экстраовариальные образования: параовариальные — 4 (4,1%), паратубарные — 3 (3,1%) кисты, гидросальпинкс (1 случай). Образования солидной и солидно-кистозной структуры найдены у 28 (28,6%) беременных. Из них наиболее частой была миома матки — 21 (21,4%) случай, в т.ч. с признаками деструктивных изменений — 6 (6,1%). Также выявляли доброкачественные тератомы — 5 (5,1%) и перекрут яичника — 2 (2,1%). Экстрагенитальная патология — 13 (13,3%) наблюдений — была представлена тазовой дистопией почки — 3 (3,1%), острым аппендицитом — 5 (1,1%), по одному случаю — киста селезенки, мезенхимомы, киста брыжейки, киста брюшной полости, ущемленная грыжа передней брюшной стенки. В большинстве — 83 (84,7%) случая УЗИ позволило установить диагноз, оценить онкологический риск выявленной патологии и определить дальнейшую лечебную тактику. В 15 (15,8%) наблюдениях для установления причины абдоминальной боли потребовалось применение дополнительного метода визуализации, в качестве которого избрана МРТ в связи с высокой информативностью и отсутствием лучевой нагрузки. У 24 (24,5%) беременных имелись показания к оперативному лечению — клинические, эхографические и МРТ-признаки наличия осложнений: разрыва, кровоизлияния, перекрута, развитие синдрома «острого живота», увеличение образования в размерах, наличие пристеночных включений с определяемым доплерографически кровотоком как критерий онкологического риска.

Выводы. Применение мультимодального подхода, заключающегося в совместном использовании УЗИ и МРТ, позволяет улучшить результаты диагностики беременных с абдоминальной болью, выделить группы онкологического риска и обоснованно избрать оптимальную тактику лечения.

Сычёва Д. Р.

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ МЕЛАНОМ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького»

Введение. Меланома (меланобластома, злокачественная меланома) — незрелая опухоль меланинообразующей ткани. Относится к наиболее агрессивным типам злокачественных опухолей, рано метастазирует как гематогенным, так и лимфогенным путём практически во все внутренние органы, склонна к быстрой прогрессии и высокой частоте рецидивов.

Цель. Изучить основные гистологические особенности, необходимые для дифференциальной диагностики, выделить наиболее патогномоничные морфологические признаки, присущие меланомам.

Материалы и методы. Была проанализирована морфологическая картина 12 случаев вскрытия больных с диагнозом «меланома», с посмертной верификацией гистологического типа опухоли — 7 случаев поверхностно-распространяющейся меланомы, 5 случаев узловой формы. Аутопсии проводились на базе централизованного патологоанатомического отделения Центральной городской клинической больницы № 1 города Донецка за период с 01.02.22 г. по 01.03.23 г. Больных женского пола было 9 (75%), мужского — 3 (25%) человека. Средний возраст больных составил $50,2 \pm 5,4$ года. Материал для гистологического исследования был представлен микропрепаратами кожи, гистологические срезы толщиной 4–5 мкм окрашивали гематоксилином-эозином.

Результаты. При микроскопическом исследовании биопсийного материала во всех 12 случаях ткань опухоли была представлена крупными, полиморфными клетками, содержащими меланин, полигональной и веретенообразной формы. Истончение эпидермиса наблюдалось в 10 случаях, в 6 случаях у меланоцитов отмечалась тенденция к горизонтальному, инвазивному росту вглубь дермы, со скоплением опухолевых клеток как в сосочковом, так и в сетчатом слое. В 6 случаях атипичные клетки располагались диффузно по горизонтали, по всей границе между эпидермисом и дермой, из-за чего граница между слоями была размыта. В 10 случаях отмечалось своеобразное, альвеолярное расположение клеток: в 6 случаях между опухолевыми клетками были нежные прослойки стромы, в 4 случаях — участки скоплений клеток в виде альвеолярных розеток. В 5 случаях в клетках были обнаружены многочисленные фигуры митоза со скоплением гигантских, многоядерных клеток. В 2 случаях цитоплазма опухолевых клеток светлая, в 10 случаях — содержала гиперхромные, базофильные клетки с эксцентрично расположенным ядром. В 9 случаях обнаруживались клетки с вакуолизированной цитоплазмой. В 7 случаях в сосочковом слое дермы — диффузная лимфоидно-гистиоцитарная инфильтрация.

Выводы. На основании изученной гистологической картины можно выделить специфические морфологические признаки, присущие меланомам: выраженный клеточный полиморфизм, со скоплением атипичных клеток в глубоких слоях дермы; вакуолизация цитоплазмы; альвеолярное расположение клеточных элементов; выраженная лимфоидно-гистиоцитарная инфильтрация дермы; истончение эпидермиса; появление многочисленных фигур митоза. Гистологическая верификация данных признаков может упростить постановку диагноза и облегчить дифференциальную диагностику с другими типами опухолей.

Маслова О. Н., Мотрий А. В.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ СДВИГОВОЙ ВОЛНОЙ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) в настоящее время является одним из наиболее значимых онкологических заболеваний в мире. Основой диагностики РПЖ является морфологическое исследование материала мультифокальной и прицельной пункционной биопсии. Поиск новых критериев привел к внедрению в диагностический процесс таких технологий, как ультразвуковая эластография, ультразвуковые контрастные препараты, совмещение изображений магнитно-резонансной томографии (МРТ) и трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ).

Цель. Уточнение информативности эластографии сдвиговой волной в диагностике РПЖ.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 2018–2022 гг. на базе диагностического отделения с инвазивными методами исследования в Республиканском онкологическом центре им. проф. Г. В. Бондаря. В исследование включено 223 пациента. Контрольную группу составил 81 пациент с отсутствием жалоб, клиническими изменениями, с отсутствием патологии при ректальном пальцевом исследовании и ТРУЗИ. Возраст пациентов от 21 до 54 лет. В группу патологии включено 142 пациента с подозрением на РПЖ. Данным больным проводилась мультифокальная пункционная биопсия. Биопсию проводили с учетом данных серошкальной эхографии, цветовой доплерографии и эластографии сдвиговой волной. Ультразвуковыми критериями злокачественности считали: очаговые изменения, зоны локального усиления кровотока с деформацией сосудистого рисунка, жесткие очаги. Возраст больных от 45 до 82 лет. Комплексное ТРУЗИ ПЖ было выполнено всем пациентам на аппарате TOSHIBA APLIO 500 (Япония) с использованием внутриполостного широкополосного конвексного датчика с частотой 3–12 МГц. Использовались серошкальный и доплеровский режимы, а также режим эластографии и эластометрии сдвиговой волной (SW), с помощью которых проводилась качественная и количественная оценка жесткости ПЖ. Сначала проводилась качественная оценка жесткости зоны интереса. В цветовом окне автоматически происходит картирование тканей различными цветами в зависимости от их жесткости. Нами использован тип карты окрашивания, при котором жесткие ткани выделялись красным цветом, а менее жесткие — синим цветом. Затем проводилась количественная оценка жесткости тканей. Шкала значений модуля Юнга составляет 90кПа — 300кПа. В каждой зоне интереса автоматически определялись следующие значения: среднее значение, максимальное значение, минимальное значение, стандартное отклонение.

Результаты. При проведении эластографии сдвиговой волной у обследованных мужчин контрольной группы периферическая зона имела симметричное равномерное синее окрашивание. Из 152 пациентов, имеющих совпадение результатов В-режима и эластографии сдвиговой волной в визуализации очаговых изменений, у 150 по результатам гистологического исследования диагностирован РПЖ. 35 пациентов имели данные за опухолевый процесс при эластографии сдвиговой волной при отсутствии данных В-режима. У 12 из них подтвержден диагноз РПЖ. У 36 пациентов в В-режиме определялись подозрительные на рак участки сниженной эхогенности при отсутствии изменений в режиме эластографии сдвиговой волной, у 34 из них РПЖ не обнаружен. Расчет показателей информативности в работе производился на основании анализа пациентов: чувствительность 85,5%, специфичность 92,3%. Эластография сдвиговой волной характеризуется более высокими показателями информативности по сравнению с серошкальной эхографией с доплерографией. Как уже было отмечено выше, в настоящий момент происходит накопление научных данных по эластографии сдвиговой волной. Однако уже на сегодняшний день опубликованы обнадеживающие результаты, демонстрирующие достаточно высокие значения показателей информативности.

Выводы. Диагностическая информативность эластографии сдвиговой волной превышает информативность стандартного ТРУЗИ с использованием параметров В-режима и доплерографии, что позволяет рекомендовать жесткие участки для прицельной пункционной биопсии у пациентов с подозрением на РПЖ. Стандартизованные мультицентровые исследования позволят в будущем более четко определить место эластографии сдвиговой волной в мультипараметрической ультразвуковой диагностике и общем алгоритме исследования больных РПЖ.

Вакуленко И. П., Хацко В. В., Фоминов В. М., Шаталов С. А., Войтюк В. Н.
**ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ
ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ И ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОМ
РАКЕ В СОПОСТАВЛЕНИИ С ДАННЫМИ
МУЛЬТИСРЕЗОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького»

Введение. В последние годы частота выявления очаговых образований печени (ООП) возросла с 0,3 до 22,7%. Выявление злокачественных ООП представляет значительные трудности, есть много окончательно не решённых проблем в диагностике и лечении. Мультисрезовая компьютерная томография (МСКТ) относится к одним из основных методов диагностики злокачественных ООП. Сопоставление данных МСКТ и патоморфологического исследования представляет значительный интерес.

Цель. Уточнить компьютерно-томографическую семиотику при гепатоцеллюлярном раке (ГЦР) и холангиокарциноме (ХК) путём сопоставления патоморфологических исследований с результатами МСКТ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты комплексного исследования 8 больных с ГЦР и 4 — с ХК, которые лечились в клинике за последние 7 лет. Для уточнения диагноза использованы методы исследования: клиничко-лабораторные (с определением онкомаркеров), УЗИ, МСКТ. Во всех наблюдениях сопоставляли результаты МСКТ с данными патоморфологического исследования.

Результаты. Чувствительность МСКТ при небольших очагах ГЦР не превышала 77%. В фазу воротной вены контрастное вещество быстро «вымывалось». При очагах ГЦР большого размера опухоль визуализировалась в фазе воротной вены. При гистологическом исследовании опухоль содержала эпителиальный и фиброзный компоненты. При естественном контрастировании узловая холангиокарцинома имела гомогенно сниженную плотность. При контрастировании для неё было характерным незначительное и неоднородное усиление по периферии опухоли, которое постепенно увеличивалось по направлению к центру. Жёлчные протоки были расширенными дистальнее опухоли. При патоморфологическом исследовании в 3 наблюдениях была умеренно дифференцированная аденокарцинома, в 1 случае — плоскоклеточный рак.

Выводы. Проведенные сопоставления позволили уточнить компьютерно-томографическую семиотику при ГЦР и ХК и показали, что МСКТ является высокоинформативным методом выявления ООП и прилежащих участков печени. Это имеет большое значение для определения доступа и объёма операции.

Шаталов А. Д., Хацко В. В., Фоминов В. М., Пархоменко А. В., Страшко Е. Н.

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЦИСТАДЕНОМЫ ОТ НЕПАРАЗИТАРНОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького»

Введение. За последние 10 лет частота выявления очаговых образований печени (ООП) увеличилась в 3 раза из-за улучшения их дооперационной диагностики с помощью современных лучевых методов исследования. Информативность мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ) в диагностике ООП составляет 93–98%. При этом определённые трудности вызывает дифференциальная диагностика кистозных опухолей печени.

Цель. Проанализировать компьютерно-томографические критерии для дифференциальной диагностики цистаденомы от непаразитарной кисты печени (НКП).

Материалы и методы. В клинике хирургии им. К. Т. Овнатяна за последние 9 лет лечились 128 больных с непаразитарной кистой печени и 15 пациентов — с цистаденомой. Среди пациентов с кистой печени было 89 женщин и 39 мужчин в возрасте $44,8 \pm 3,6$ лет, а с цистаденомой — 9 женщин и 6 мужчин в возрасте $41,5 \pm 2,6$ лет. Для уточнения диагноза использовали методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковой, МСКТ. Компьютерную томографию выполняли на аппарате «BRILLIANCE CT 64 SLICE» фирмы Philips (США) по стандартной методике.

Результаты. Киста печени при МСКТ имела типичную картину округлого образования с чёткими контурами стенок и пониженной плотностью (0–10 ед. Н). У 16 пациентов небольшие кисты симулировали опухолевые образования. При контрастном усилении истинные кисты контрастное вещество не накапливали, а при цистаденоме выявляли краевое накопление контрастного вещества. Точность МСКТ в выявлении НКП составила 97,1%, чувствительность — 95,7%. Цистаденома при КТ-исследовании визуализировалась в виде кистозной опухоли больших размеров, низкой плотности, с дольчатыми краями и неровными стенками, с наличием фиброзных перегородок и их васкуляризацией. Точность МСКТ в выявлении НКП составила 95,4%, чувствительность — 97,2%.

Выводы. С помощью МСКТ можно чётко отдифференцировать НКП от цистаденомы, что позволяет наметить рациональный план оперативного вмешательства.

Седаков И. Е., Мотрий А. В., Антипов В. Н., Бондарь А. В. Коломиец К. С.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ТРЕПАН-БИОПСИИ ПЕЧЕНИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. Благодаря визуализации иглы в режиме реального времени чрескожная биопсия под ультразвуковым контролем представляет собой стандартный подход к получению образцов ткани печени.

Цель. Разработка критериев диагностики и показаний к трепан-биопсии печени в процессе комбинированного и комплексного лечения злокачественных опухолей.

Материалы и методы. В РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря с января 2021 г. по февраль 2022 г. были проведены трепан-биопсии печени 305 пациентам с последующим лечением. Средний возраст пациентов составлял 61,5 года (26–89 лет). Всем пациентам выполнено УЗИ печени, проведены стандартные биохимические исследования. Для оценки выраженности гистологических изменений всем больным выполнена чрескожная пункционная трепан-биопсия печени.

Результаты. В нашей выборке из 305 пациентов преобладал мужской пол (166 против 139). На момент биопсии средний возраст составлял 61,5 года (диапазон: 26–89 лет, медиана 63 года). Преобладали пациенты группы >50 лет (248 пациентов, 81,3%). У большинства больных (212 пациентов; 69,5%) было взято более одного биоптата. Почти половина из них (47,1%) были крупнее 1,2 см. Результаты были удовлетворительными для 294 пациентов, что соответствует общей точности 96,3%. Гистопатологический и иммуногистохимический анализы выявили первичные опухоли печени у 27 пациентов, вторичные опухоли у 209, недифференцированную неоплазию у 34 и неопухолевые поражения у 6. У 29 пациентов не было обнаружено никаких изменений. Из 209 вторичных опухолей наиболее частым типом был билиодигестивный тип (38%), за которым следовали нейроэндокринный (35%), колоректальный (14%), плоскоклеточный (8%) и рак молочной железы (5%). Семь осложнений, наблюдаемые в общей выборке из 305 пациентов, были преимущественно геморрагическими (4 случая внутрибрюшинного кровотечения, 3 — внутрипеченочной гематомы) и соответствовали общей частоте ~ 2,3%. Половина случаев приходится на ранние проявления (<6 часов), а половина — на поздние (6–24 часа).

Выводы. Трепан-биопсия печени под ультразвуковым контролем является «золотым стандартом» для получения гистологического диагноза. Процедура представляет собой безопасный и малоинвазивный метод для постановки окончательного диагноза и персонализации дальнейшей тактики лечения.

Седаков И. Е., Мотрий А. В., Старушко Р. В., Бутенко Е. В., Бурбу В. А.

ТРЕПАН-БИОПСИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. В настоящее время чрескожная биопсия молочной железы под контролем ультразвуковой визуализации является надежной альтернативой хирургической биопсии для определения гистологического диагноза. Наиболее щадящим для пациента способом забора опухолевой ткани является чрескожная трепан-биопсия (ТБ).

Цель. Оценить чувствительность и точность трепан-биопсии в диагностике патологии молочной железы.

Материалы и методы. В 2021–2022 гг. в РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря у 521 пациентки были выполнены ТБ опухолей молочной железы под ультразвуковым контролем. УЗИ включало в себя исследование в В-режиме. В результате комплексного клиничко-лучевого обследования при выявлении узловых образований молочных желез определялись показания к биопсии и вид визуального контроля.

Результаты. Средний возраст пациенток составлял $55,7 \pm 11,8$ года. В общей сложности было проведено 600 биопсий. Из них только 590 биопсий были включены в исследование. Первичная техническая успешность биопсии, которая заключается в гистологическом подтверждении наличия в парафиновых блоках атипичных клеток, составила 91,9% (542 биопсии). В 92 случаях потребовалось выполнение повторной биопсии. Задokumentировано 20 очагов поражения размером от 1 мм до 3 мм, 15 — были размером от 3,1 мм до 5,0 мм, а 94% поражений имели размер от 5 мм до 60 мм. Общая диагностическая ценность составила 98,5% (581 биопсия): из них 300 (50,8%) очагов поражений были злокачественными, в том числе один случай лимфомы; 59 (47,5%) поражений были доброкачественными, 10 случаев верифицированы не были.

Из 300 верифицированных злокачественных случаев, 268 пациенток были прооперированы, диагноз был подтвержден гистологически в послеоперационном периоде.

Чувствительность биопсии под контролем УЗИ для диагностики злокачественного новообразования составила 98,5% (581; ДИ 95%). Специфичность, а также положительная прогностическая ценность, составила 98,5% для диагностики злокачественных новообразований.

Выводы. Чрескожная ТБ объемных образований является технически не сложным и относительно безопасным методом получения материала для патоморфологического исследования. Трепан-биопсия позволяет одновременно проводить высокоточную диагностику с забором клеточного и тканевого материала, определять иммуногистохимический подтип опухоли для определения дальнейшей персонализации лечения.

СКРИНИНГ, РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА В ОНКОЛОГИИ

Денисова П. В.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ У ПАЦИЕНТОК, ПОДВЕРГШИХСЯ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ КОВИД-19

Национальный центр онкологии и гематологии МЗ КР

Введение. Новый коронавирус, известный как коронавирус 2 с тяжелым острым респираторным синдромом (SARS-CoV-2), распространился по всему миру. Онкологические больные считаются очень уязвимой группой населения к инфекции SARS-CoV-2 и развитию более тяжелых симптомов COVID-19, что, возможно, связано с системным иммуносупрессивным состоянием, вызванным непосредственно ростом опухоли и косвенно последствиями противоопухолевого лечения.

Цель. Целью данной работы явилось изучение общего состояния и оценка возможности проведения радикальной терапии при злокачественных опухолях женских половых органов в период пандемии Ковид-19.

Материалы и методы. Были анализированы 120 пациенток, подвергшихся хирургическому вмешательству по поводу онкогинекологических заболеваний (60 больных раком и 60 больных с доброкачественными поражениями). Изучена частота клинических, рентгенологических и лабораторных характеристик в обеих группах больных.

Результаты. Стандарт лечения опухолей репродуктивной системы женщин включает в себя операцию по удалению опухолей плюс химиотерапию платиной/таксаном. Перед началом лечения онкогинекологи обсуждают с пациентом дальнейшую тактику ведения. После этого составляются планы хирургического вмешательства и другого лечения, и пациенту рекомендуется придерживаться плана лечения для достижения оптимальных результатов. Кроме того, перед лечением рака рассматривается стратегия оценки риска, включающая возраст, сопутствующие заболевания, ожирение и др.

В обеих группах пациенток как со злокачественными, так и с доброкачественными новообразованиями, были выявлены сходные клинические симптомы: лихорадка (88,7% у нераковых и 78% у раковых пациенток), кашель (67,8% и 76%, соответственно), тошнота и рвота (5,1% и 5,7%), диарея (3,8% и 12,2%). Симптомы различались по одышке (21,9% у неонкологических и 50% при раке) и слабости (38,1% и 64,3%, соответственно). Важным диагностическим методом исследования является рентгенологическое исследование, в частности компьютерная томография органов грудной клетки. Рентгенологически в обеих группах определялся симптом «матового стекла» (в 65% и 71%), неоднородные консолидации (50% и 46%), билатеральное вовлечение легких (51% и 86%). Лабораторно в обеих группах примерно с одинаковой частотой выявлялись лимфопения (82%), лейкопения (32%), повышение С-реактивного белка или СРБ (82%), Д-димера (36%), гипоальбуминемия (89–98%), однако анемия была более выражена у раковых пациенток (75% против 51%). А повышение лактат-дегидрогеназы (ЛДГ) и ускорение СОЭ было более характерным для нераковых больных, чем раковых (76% и 50% и 86% и 57%, соответственно).

Лечение пациенток с Ковид-19 проводилось по протоколу, который включал антибиотикотерапию, гормонотерапию, иммуномодулирующую терапию, а также использование нативной плазмы. Всем пациенткам проведен стандартный объем оперативных вмешательств. Смертельных осложнений не наблюдалось. Всем пациенткам удалось провести планируемый объем оперативных вмешательств, лучевую и адъювантную химиотерапию.

Выводы. Таким образом, функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной системы больных с опухолями репродуктивной системы, подлежащих оперативному лечению во время коронавирусной инфекции, было относительно тяжелым и требовало проведения корригирующей терапии. У пациенток с онкогинекологическими заболеваниями с и без Ковид-19 могут наблюдаться схожие и различные клинические, рентгенологические и лабораторные признаки. Использование нативной плазмы и активной антиагрегантной терапии способствовало значительному улучшению состояния больных. Проведение терапии, направленной на эрадикацию Ковид-19, должно проводиться под контролем гематологических и других показателей. Полученные результаты исследования позволяют выработать адекватную тактику при проведении специального лечения, в частности выполнения оперативных вмешательств, лучевой и химиотерапии при онкогинекологических заболеваниях.

Фролов С. С.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР РИСКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького»

Введение. Образ жизни, характеризующийся сниженной физической активностью и рационом, богатым жирами, рафинированными углеводами и животным белком, приводит к метаболическому синдрому. Популяционное исследование, проведенное Руссо, показало, что метаболический синдром и его компоненты связаны с повышенным риском рака молочной железы и, особенно, в постменопаузе у лиц с увеличением веса. Уровень заболеваемости этим синдромом значительно возрастает с возрастом, в результате чего распространенность среди людей старше 50 лет достигает 40–45%

Цель. Изучить возможности профилактики рака молочной железы воздействием на модифицируемые факторы метаболического синдрома.

Материалы и методы. Мета-анализ четырех тысяч восьмисот наблюдений в 2 международных проектах, изучавших возраст, длительность постменопаузы, вес, рост, ИМТ. Группы были разделены на лиц с ИМТ <25 кг/м² и с ИМТ ≥ 30 кг/м².

Результаты. Установлено, что у пациентов с раком молочной железы на 45% больше висцеральной жировой ткани, чем в контрольной группе. Пациенты с ИМТ ≥ 30 кг/м² имеют более крупные опухоли, более низкую дифференцировку, более высокую частоту инвазии лимфатических узлов и более запущенное заболевание. При ожирении микроокружение опухоли изменяется и вырабатывает больше фибробластов и иммунных клеток, таких как Т-клетки, макрофаги и эндотелиальные клетки. В самой молочной железе взаимодействие между тучными адипоцитами и клетками рака молочной железы приводит к трансформации адипоцитов молочной железы в ассоциированные с раком адипоциты, которые выделяют больше лептина и снижают выработку адипонектина. Ожирение тесно связано с хроническим воспалением, которое способствует выработке провоспалительных факторов, таких как TNF-α, IL-6 и IL-8, и ингибирует секрецию противовоспалительных факторов, таких как адипонектин.

Выводы. Тесная связь метаболического синдрома и рака молочной железы предполагает, что модификация стиля питания, снижение массы тела, борьба с гиперинсулинемией и провоспалительными цитокинами является разумной стратегией в профилактике рака молочной железы.

Данькина И. А., Чистяков А. А., Данькина В. В., Данькин К. В.

РОЛЬ РАСШИРЕННОЙ КОЛЬПОСКОПИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького»

Введение. Рак шейки матки является распространенным онкологическим заболеванием. Поэтому, усовершенствуется ранняя диагностика фоновых заболеваний и начальных стадий рака. Расширенная кольпоскопия позволяет выявить локализацию, площадь и границы поражения; проводить диагностику доброкачественных и злокачественных участков эпителия шейки матки, прицельный забор материала для цитологии и биопсии.

Цель. Изучение особенностей кольпоскопических изменений эпителия шейки матки при фоновых заболеваниях и начальных формах рака шейки матки.

Материалы и методы. Основную группу составляли 224 пациентки с патологией шейки матки. По степени тяжести поражения морфологически установлено: дисплазия шейки матки легкой степени CIN I (1-я группа) — у 44, дисплазия шейки матки умеренной степени CIN II (2-я группа) — у 50, дисплазия шейки матки тяжелой степени CIN III (3-я группа) — у 68 с Ca in situ и рак шейки матки T1 (4-я группа) — у 62 пациенток. Для кольпоскопического исследования использовали кольпоскоп «Olympus» OSC-AW4 с 6–16-кратным увеличением. Все 224 пациентки были обследованы методом простой и расширенной кольпоскопии. Обследование осуществляли при первичном осмотре и в середине менструального цикла до начала лечения.

Результаты. Определены основные типы распространения и локализации поражений шейки матки и их соотношение со степенью тяжести дисплазии. У $21 \pm 2,7\%$ обследованных выявлены мультицентрические поражения эпителия шейки матки с переходом на своды и стенки влагалища, которые чаще наблюдались при CIN I и CIN II ($38,6 \pm 7,3\%$ и $30 \pm 6,5\%$). Поражение при CIN III, Ca in situ и раке шейки матки T1 в большинстве случаев имели сочетанный характер распространения эпителия шейки матки ($36,8 \pm 5,9\%$ и $30,7 \pm 5,9\%$). Локализацию патологического процесса при CIN III, Ca in situ и раке шейки матки T1 в пределах переходной зоны трансформации, в области наружной части шейки матки наблюдали у $27,9 \pm 5,4\%$ и $25,8 \pm 5,6\%$. Среди аномальных признаков чаще всего выявляли нежную и грубую пунктацию — у $21,4 \pm 2,7\%$ и $36,6 \pm 3,2\%$; нежную и грубую мозаику — у $24,6 \pm 2,9\%$ и $31,7 \pm 3,1\%$. Нежную мозаику и пунктацию чаще всего отмечали у больных 2-й группы ($42,0 \pm 7,0\%$ и $46,0 \pm 7,1\%$). Такие кольпоскопические признаки, как нежный и плотный укусно-белый эпителий, наблюдали у пациенток 3-й и 4-й групп ($24,6 \pm 2,9\%$ и $20,1 \pm 2,7\%$). Атипичные сосуды чаще наблюдали у больных 4-й группы ($9,7 \pm 3,8\%$), тогда как у 1-й и 2-й групп атипичных сосудов не зарегистрировано.

Выводы. Кольпоскопическая картина при CIN I — CIN III и Ca in situ, раке шейки матки T1 имеет свои особенности и зависит от степени поражения шейки матки. Кольпоскопические признаки легкой степени аномалий отмечали у больных всех групп, но чаще — при CIN I и CIN II, а признаки тяжелой степени аномалий выявлены достоверно чаще у пациенток с при CIN III, Ca in situ и раке шейки матки T1.

Бабенко-Сорокопуд И.В., Желтоноженко Л. В., Онопко А. Н., Савченко А. А.

РОЛЬ ГИНЕКОЛОГОВ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ФОРМИРОВАНИИ ОТВЕТСТВЕННОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького»

Введение. Задача обеспечения подростков знаниями и навыками, необходимыми для безопасной и здоровой жизни, возложена на сектор здравоохранения. В ряде самых актуальных проблем профилактика ИППП, непланируемой ранней беременности путем воздержания и контрацепции. Особый упор в практике гинеколога для несовершеннолетних идет на онко-профилактику, особенно, в группе подростков с фактом рискованной сексуальной активности. Повышается роль гинеколога для несовершеннолетних в формировании ответственного репродуктивного поведения.

Цель. Повысить эффективность формирования профессиональных компетенций врачей гинекологов для несовершеннолетних в области теории и практики в формировании ответственного репродуктивного поведения на этапе последипломного образования.

Материалы и методы. Данные годового отчета за период 2019–2022 гг. акушеров-гинекологов отделения гинекологии для несовершеннолетних и Центра по охране репродуктивного здоровья подростков Донецкого Центра охраны материнства и детства МЗ ДНР, статистические данные работы кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО. Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерного программного пакета (Microsoft Office Excel 2007).

Результаты. На кафедре акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО лекции, практические и семинарские занятия по гинекологии детского и подросткового возраста включены в рабочую программу по интернатуре и ординатуре по акушерству и гинекологии, циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей. Результаты медико-социологического исследования в Донецком регионе, проведенного профильными специалистами Донецкого Центра охраны материнства и детства и кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО, направленного на выявление репродуктивных установок несовершеннолетних девушек и юношей в возрасте 15–17 лет и молодежи в возрасте 18–24 года, выявили, что уровень информированности обучающихся общеобразовательных школ (ОШ), профессиональных технических учебных учреждений (ПТУ) и студентов высших учебных заведений (ВУЗ) по вопросам планирования и создания семьи, рождения детей, заботы о здоровье сочетается с рискованной сексуальной активностью и имеет ряд особенностей. Выделено несколько тенденций отношений к семейным ценностям среди юного и молодого (15–24 лет) населения Донецкого региона (1 группа (15–17 лет) — ОШ, 2 группа (15–17 лет) — ПТУ, 3 группа (18–24 лет) — ВУЗ):

- уважают традиционные семейные ценности, будут стремиться или им следуют (соответственно, 1 гр. — 67%, 2 гр. — 64%, 3 гр. — 54%) (большая часть во всех группах исследования),

- уважают традиционные семейные ценности, но следовать им не будут или не желают (соответственно, 1 гр. — 22%, 2 гр. — 27%, 3 гр. — 42%) (значительная часть),

- не уважают и не следуют традиционным ценностям семьи брака, выступая к ним в оппозиции (для них брак не имеет значения, они не стремятся родить и воспитать ребенка, не задумываются о нравственности во взаимоотношениях полов и т.д.) (соответственно, 1 гр. — 11%, 2 гр. — 9%, 3 гр. — 4%).

Так, возраст полового дебюта среди несовершеннолетних в Донецком регионе (по данным анкетирования) у 8,3% девушек в возрасте 12–14 лет, у 19,4% в 14–15 лет, у 72,3% в 16–17 лет. Результаты показывают, что многие проблемы репродуктивного здоровья могут быть «родом из детства» вследствие слабой «включенности» членов семьи в половое воспитание детей, поэтому большая роль в этом направлении принадлежит гинекологам для несовершеннолетних. Интерактивные занятия с элементами тренинга «Профилактика рискованного поведения среди подростков и молодежи» разработаны сотрудниками кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО для цикла повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов, что помогает отработать аналитические и практические навыки, развить коммуникативные и социальные способности. В основу положена рабочая программа курса «Планирование семьи».

Выводы. Эффективная организация учебного процесса на этапе последиplomного образования с использованием обучающих приемов, как интерактивное занятие с элементами тренинга «Профилактика рискованного поведения среди подростков и молодежи» способствует выработке у врачей компетенций, умений и навыков, что повысит роль гинекологов для несовершеннолетних в профилактической деятельности по сохранению репродуктивного здоровья, смене рискованного полового поведения на ответственное и безопасное.

Егорова М. А., Джеломанова С. А., Былым Г. В., Минович Е. Д., Петренко С. А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОНЕЦКЕ

ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького»

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения, рак шейки матки занимает второе место в развивающихся странах по числу раковых заболеваний у женщин. В России рак шейки матки занимает по данным разных авторов 2–3 место в списке причин смертности женщин старше 30 лет. Статистика по раку шейки матки очень противоречива, так как не все женщины обращаются к гинекологу. Зачастую диа-

гноз ставится на столе у патологоанатома. В настоящее время цитологическое исследование вагинальных мазков является важнейшим компонентом стратегии профилактики рака шейки матки.

Цель. Сравнение метода жидкостной цитологии с ПАП-тестом при проведении ранней диагностики рака шейки матки у женщин Донецкого региона.

Материалы и методы. Обследованы 92 женщины в условиях женской консультации ГБ № 6 г. Донецка (ДНР) в возрасте 25–48 лет при проведении планового осмотра. Всем женщинам проводилось скрининговое цитологическое обследование с использованием технологии ПАП-теста и жидкостной цитологии. Интерпретация классов ПАП-теста проведена в соответствии с клиническими рекомендациями: класс 1 — норма, класс 2 — воспалительный тип; класс 3 — дискариоз; класс 4 — клетки, подозрительные на рак или карциному; класс 5 — рак. Результаты жидкостной цитологии интерпретированы в соответствии с терминологической системой Бетесда. Статистический анализ данных проводился с использованием Stat Soft Statistica 6.01, Microsoft Excel.

Результаты. Результаты цитологического скрининга путем ПАП-теста соответствовали норме у 50 женщин (54,35%); воспалительному типу — у 36 (39,13%). У 6 женщин (6,52%) имел место неадекватный тип забора. Негативный результат цитологического скрининга путем жидкостной цитологии выявлен у 44 женщин (47,83%); у 36 (39,13%) женщин отмечалась цитограмма в пределах нормы; атипические клетки многослойного плоского эпителия неясного значения выявлялись у 10 (10,87%). Кроме того, у 2 (2,17%) женщин выявлена низкая степень эпителиального плоскоклеточного поражения. Чувствительность ПАП-теста составила 33,0% и была значительно ниже, чем жидкостной цитологии — 77,0%. Специфичность ПАП-теста была выше и составила 87,0%, в то время как жидкостной цитологии — 72,0%. Прогностическая ценность положительного результата ПАП-теста соответствовала жидкостной цитологии (соответственно, 85,0% и 87,0%). Прогностическая ценность отрицательного результата теста жидкостной цитологии оказалась выше, чем у ПАП-теста (56,0% и 34,0% соответственно).

Выводы. В результате проведенного исследования выявлено, что оба метода ранней диагностики рака шейки матки одинаково прогнозируют вероятность наличия заболевания. При этом жидкостная цитология позволяет с большей точностью вероятности дать положительный результат у категории пациенток, у которых болезнь действительно существует, и в меньшей степени, у которых болезни нет. Прогноз вероятности отсутствия заболевания у пациенток с отрицательным результатом оказался выше при использовании метода жидкостной цитологии. Таким образом, метод цитологического исследования — жидкостная цитология шейки матки, высоко эффективен для выявления атипических и раковых клеток. Метод позволяет получить наиболее точный результат исследования клеток на наличие либо отсутствие патологии шейки матки.

ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Седаков И. Е., Логунов П. В., Герасименко А. Ю.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНО КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ЛИЦА, ОПЫТ ОТДЕЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ РОЦ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА Г.В. БОНДАРЯ МЗ ДНР

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. Базально-клеточный рак кожи составляет до 75% всех эпителиальных немеланомных опухолей кожи лица. Частота рецидивов составляет около 35–40%, что зачастую зависит от выбора метода лечения.

Цель. Изучить особенности течения и лечения базально-клеточного рака кожи в области лица (БКРКЛ).

Материалы и методы. 53 истории болезни пациентов с БКРКЛ, находившихся под нашим наблюдением в течение 2021–2022 гг.

Результаты. Чаще других встречались нодулярная, язвенная и поверхностная формы с преобладанием локализации в подглазничной области (26%) и в области носа (28%). Опухоли размером до 1,0 см наблюдались у 48% пациентов, от 1 до 2 см — 26%, 2–4 см — 21%, более 4 см — 5%.

Около 30% пациентов не обращались за медицинской помощью в течение длительного периода времени и занимались самолечением, что негативно сказалось на течении процесса и требовало расширения объема хирургического вмешательства с применением реконструктивно-пластического этапа для закрытия образовавшегося дефекта тканей после удаления опухоли.

Всем 53 пациентам проведено хирургическое лечение с различными вариантами пластики местными тканями образовавшегося после иссечения опухоли дефекта мягких тканей, в т.ч.: путем мобилизации краев раны и ушивания «на себя» — 52%, скользящим лоскутом — 30%, лоскутом на питающей (сосудистой) ножке — 17%, свободным кожным лоскутом — 11%. Использование различных вариантов местно-пластических операций и свободной пересадки кожи позволяло иссекать опухоль не только в пределах видимо здоровых тканей, но и при необходимости (рецидивы, инфильтративная форма, запущенное течение) увеличивать объем иссекаемых тканей с одномоментным закрытием дефекта, что позволяло достичь хороших анатомических, функциональных и косметических результатов.

Средние сроки стационарного лечения составили $17 \pm 1,1$ суток. Все больные выписаны с улучшением, и по результатам динамического наблюдения в сроки до 36 месяцев выздоровление констатировано у 49 (92,3%) пациентов. В 2-х случаях наблюдалась пролонгация заболевания, обусловленная агрессивным течением инфильтративной формы.

Выводы. Несмотря на внедрение различных современных и малоинвазивных методов лечения, наиболее прогнозируемым остается хирургический. Использование различных вариантов местно-пластических операций и свободной пересадки кожи при закрытии образовавшегося после иссечения опухоли дефекта позволяет достичь хороших анатомических, функциональных и косметических результатов.

Сафарова С.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кыргызско-Российский Славянский университет

Введение. По эпидемиологическим оценкам, злокачественные или доброкачественные опухоли головного мозга были впервые диагностированы примерно у 83 830 американцев в 2020 году. Эпидемиологические исследования расширяют наше понимание этой разнородной группы заболеваний двумя способами — описательными и аналитическими.

Цель. Провести текущий обзор эпидемиологической информации о первичных опухолях головного мозга.

Материалы и методы. В этой статье обобщены недавние обширные обзоры эпидемиологии опухолей головного мозга. Кроме того, мы провели поиск по терминам «опухоли головного мозга», «глиома», «глиобластома», «рак головного мозга» и «эпидемиология или факторы риска» в MEDLINE для соответствующих статей, опубликованных в период с 2000 по 2021 годы. Мы использовали реестры рака и онлайн-источники для получения международных описательных эпидемиологических данных. Этот обзор призван охватить основные области эпидемиологических исследований первичных опухолей головного мозга и освещает новые многообещающие области исследований этих изнурительных и часто быстро приводящих к летальному исходу поражений.

Результаты. Описательная эпидемиология. Описательные эпидемиологические исследования опухолей головного мозга основаны на нескольких регулярно обновляемых источниках информации, многие из которых в настоящее время доступны в Интернете. Центральный реестр опухолей головного мозга Соединенных Штатов (CBTRUS) в сотрудничестве с Центрами по контролю и профилактике заболеваний (CDC) и Национальным институтом рака (NCI) является крупнейшим популяционным реестром, ориентированным исключительно на первичные опухоли головного мозга и другие опухоли центральной нервной системы (ЦНС) в Соединенных Штатах (США) и представляет все население США.

Среднегодовой показатель заболеваемости с поправкой на возраст (AAAIR) всеми злокачественными и незлокачественными опухолями головного мозга и другими опухолями ЦНС составил 23,79 (злокачественный AAAIR=7,08, незлокачественный AAAIR= 16,71). Этот показатель был выше у женщин по сравнению с мужчинами (26,31 против 21,09), чернокожих по сравнению с белыми (23,88 против 23,83) и испаноязычных по сравнению с латиноамериканцами (24,23 против 21,48). Наиболее часто встречающейся злокачественной опухолью головного мозга и других органов ЦНС была глиобластома (14,5% всех опухолей), а наиболее распространенной незлокачественной опухолью была менингиома (38,3% всех опухолей). Глиобластома чаще встречалась у мужчин, а менингиома чаще встречалась у женщин. У детей и подростков (возраст 0–19 лет) частота всех первичных опухолей головного мозга и других опухолей ЦНС составила

6,14. По оценкам, в 2020 году в США диагностировано 83 830 новых случаев злокачественных и незлокачественных опухолей головного мозга и других опухолей ЦНС (24 970 злокачественных и 58 860 незлокачественных). В период с 2013 по 2017 годы было зарегистрировано 81 246 смертей, связанных со злокачественными опухолями головного мозга и другими опухолями ЦНС. Это соответствует среднегодовому уровню смертности в 4,42. Пятилетняя относительная выживаемость после постановки диагноза злокачественной опухоли головного мозга и другой опухоли ЦНС составила 23,5%, а для незлокачественной опухоли головного мозга и другой опухоли ЦНС — 82,4%.

Первичные опухоли головного мозга входят в топ-10 причин смертности от рака. Почти 15 000 человек ежегодно умирают от этих опухолей в США. Примерно у 11–12 из 100 000 человек в США ежегодно диагностируется первичная опухоль головного мозга, а у 6–7 из 100 000 диагностируется первичная злокачественная опухоль головного мозга. У 1 из 1300 детей разовьется та или иная форма первичной опухоли головного мозга в возрасте до 20 лет. Около 23% случаев рака у детей составляют опухоли головного мозга, и около четверти случаев смерти от рака у детей были вызваны злокачественной опухолью головного мозга.

У взрослых на злокачественные опухоли головного мозга приходился 1% всех вновь диагностированных случаев и 2% смертей, связанных с раком. Глиома и другие нейроэпителиальные опухоли составляют 49% первичных опухолей головного мозга, а менингиомы является следующим наиболее частым гистологическим типом (27%).

Возраст и пол пациентов. Для всех первичных опухолей головного мозга средний возраст пациента на момент начала заболевания составляет около 54 лет. Для глиобластомы и менингиомы средний возраст начала заболевания составляет 62 года. Распределение по возрасту различается в зависимости от локализации опухоли и типа гистологии, что указывает на вероятность множества этиологических факторов для различных гистологических типов. Астроцитомы и глиобластомы достигают пика заболеваемости в возрасте от 65 до 74 лет, а олигодендроглиомы — в возрасте от 35 до 44 лет. Некоторые из этих различий могут отражать различия в методах диагностики и доступе к диагностике в разных возрастных группах.

Интригующей и пока еще не полностью объясненной особенностью эпидемиологии опухолей головного мозга является пик заболеваемости у детей раннего возраста, некоторые из которых, но не все, связаны с медуллобластомой и другими опухолями примитивного нейроэктодермального происхождения. Менингиомы поражают примерно на 80% больше женщин, чем мужчин; опухоли черепных и спинномозговых нервов и sellarной области поражают мужчин и женщин почти одинаково; а остальные типы первичных опухолей головного мозга чаще встречаются у мужчин, чем у женщин. Например, глиомы поражают примерно на 40% больше мужчин, чем женщин.

Временные тенденции заболеваемости и смертности. Интерпретация увеличения заболеваемости первичными злокачественными опухолями головного мозга (особенно среди пожилых людей) осложняется и объясняется, главным образом, улучшением диагностических процедур с помощью КТ и МРТ, большей доступностью нейрохирургов, изменением моделей доступа к медицинской помощи, изменениями в диагностике и развитием медицинских подходов к пожилым пациентам. Среди детей в возрасте до 14 лет и взрослых в возрасте 70 лет и старше показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями головного мозга были значительно выше с 1991 по 1995 год, чем с 1975 по 1979 год.

Другая гипотеза роста в 1983–1986 годах заключалась в том, что более широкое использование МРТ выявляло опухоли головного мозга у детей на ранних стадиях заболевания; однако впоследствии показатели не снизились, как можно было бы ожидать, если бы это объяснение было верным. Хотя изменения в диагностических возможностях за 20-летний период дали правдоподобное объяснение, существует вероятность того, что могли возникнуть некоторые факторы, которые могут обеспечить некоторую защиту от низкосортных опухолей.

В настоящее время сравнение между периодами времени или между исследованиями является проблематичным. Показатели заболеваемости могут различаться в разных исследованиях просто из-за различий в определениях и методологиях, а данные реестра страдают от погрешностей в определении, связанных с различиями в отчетности и различиями в доступности медицинской помощи.

Географические и этнические различия. Интерпретация географических и этнических различий в распространенности опухолей головного мозга затруднена не только предвзятостью в оценке, но и непоследовательностью отчетности. Доступ к медицинскому обслуживанию является одним из важных факторов, поскольку, по имеющимся данным, показатели первичных злокачественных опухолей головного мозга, как правило, выше в странах с более доступной и высокоразвитой медицинской помощью. Среди других влияний — культурные, этнические или географические различия в факторах риска. Уровень заболеваемости злокачественными опухолями головного мозга в Японии почти в два раза ниже, чем в Северной Европе. В США глиома поражает больше белых, чем чернокожих, но заболеваемость менингиомой почти одинакова среди чернокожих и белых. Эти различия не могут быть объяснены только различиями между чернокожими и белыми в их доступе к медицинской помощи или в методах диагностики. Мужчины и женщины американского происхождения имеют более низкие показатели смертности от рака головного мозга, рака

желудка и инфекций, чем американцы иностранного происхождения. У американцев иностранного происхождения общий уровень смертности ниже, чем у американцев, родившихся в США.

Выживаемость и прогностические факторы. Для всех возрастов и всех типов опухолей головного мозга в США 5-летняя выживаемость составляет 20% (95% ДИ 18–22%). Другим показателем выживаемости, представляющим интерес, является условная вероятность дожить до 5 лет при условии выживания в первые 2 года. В США в период с 1979 по 1993 год условная вероятность выживаемости еще через 3 года после дожития до 2 лет для всех пациентов с первичными злокачественными опухолями головного мозга и другими опухолями ЦНС составляла 76,2% (95% ДИ 74,8–77,6%), а для пациентов с любой опухолью, кроме глиобластомы, выживаемость через 5 лет после дожития до 2 лет составляла более 60%. Известно, что выживаемость сильно зависит от возраста пациента и гистологического типа. Пациенты с ГБМ неизменно имеют самую низкую выживаемость во всех возрастных группах, и при любом гистологическом типе выживаемость пожилых пациентов ниже, чем у более молодых пациентов. У детей (в возрасте до 20 лет) и более молодого взрослого населения (в возрасте 20–44 лет) выживаемость намного выше, чем у пожилых людей в пределах каждого гистологического типа первичной злокачественной опухоли головного мозга. Исключением является медуллобластома или эмбриональная примитивная опухоль, которая редко встречается у лиц старше 44 лет. Среди детей, у которых диагноз был поставлен в возрасте до 3 лет, выживаемость была хуже, чем у детей, у которых диагноз был поставлен в возрасте от 3 до 14 лет. Для всех первичных злокачественных опухолей головного мозга, вместе взятых, 5-летняя выживаемость у детей в возрасте до 14 лет составляет 72%.

Для всех пациентов с менингиомой — будь то доброкачественная, атипичная или злокачественная — общая выживаемость составляет 81% через 2 года и 69% через 5 лет, но только для злокачественной менингиомы 5-летняя выживаемость составляет 54,6%. Как и при других первичных опухолях головного мозга, пациенты, которые старше на момент постановки диагноза, имеют худший прогноз от менингиомы. Для пациентов с доброкачественной опухолью, которая была полностью удалена, 5-летняя частота рецидивов составляет 20,5%.

Оценки распространенности. Показатели распространенности отражают заболеваемость и выживаемость и проливают свет на масштабы бремени болезней, особенно для заболеваний. Первичные доброкачественные опухоли головного мозга, по оценкам, имели распространенность 97,5 на 100 000 населения в 2000 году, подчеркивая необходимость дальнейших исследований по этиологии и вопросам качества жизни, связанным с этими опухолями.

Выводы. 1. Эпидемиологические исследования последних лет показывают, что заболеваемость опухолями головного мозга растет во всем мире. Несмотря на широкое распространение скрининговых программ и успехи в лечении, опухоли головного мозга остаются серьезной проблемой во всех странах. 2. Заболеваемость опухолями головного мозга зависит от возраста, пола, расы и географической принадлежности. 3. Этиология опухолей головного мозга до сих пор изучена недостаточно, однако это связывают с внешними и внутренними факторами риска. Среди них выделяют питание, курение, алкоголь, профессии и отрасли, воздействие ионизирующих или не ионизирующих радиация, инфекции, аллергии, травмы головы, семейный анамнез и наследственные полиморфизмы в генах. 4. Показатели выживаемости в целом при опухолях головного мозга не превышают 20%, и эта цифра держится на протяжении многих лет. Следовательно, прогноз при опухолях головного мозга неблагоприятный, особенно у взрослых. 5. Опухоли головного мозга у детей имеют относительно благоприятное течение и прогноз, и около 70% детей могут рассчитывать на длительную выживаемость.

Камалетдинов И. Ф., Иванов А. И., Исмаилов А. Х.

АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОНКОЛОГА

ГАУЗ РКОД МЗ РТ имени профессора М. З. Сигала

Введение. Фотодинамическая терапия (ФДТ) является современным методом лечения опухолей различных локализаций, основанным на применении двух компонентов: фотосенсибилизатора и света с определенной длиной волны. Комбинация этих двух компонентов запускает каскад фотохимических реакций, которые в конечном итоге приводят к гибели клеток в месте светового облучения. Таким образом, метод ФДТ можно применять при лечении опухолей любых локализаций, куда возможно осуществить подведение источника света, либо с паллиативной целью, либо по радикальной программе.

Цель. Проанализировать эффективность применения метода ФДТ в лечении опухолей наружных локализаций и полых органов.

Материалы и методы. В ходе исследования с 2021 по 2023 годы на базе ГАУЗ РКОД МЗ РТ им. проф. М. З. Сигала проведено 254 сеанса ФДТ у пациентов с верифицированным диагнозом ЗНО. У 13,5% пациентов опухолевый процесс был расположен в полых органах, 86,5% пациентов имели опухоли наружных локализаций.

Результаты. В ходе проводимой работы при наружных локализациях опухолей проведение ФДТ позволило добиться их полной элиминации в течение 1–3 сеансов. При локализации опухолей в полых органах, в ходе исследования ФДТ применялся в качестве паллиативного метода воздействия с целью их реканализации, в результате чего наблюдалось уменьшение экзофитного компонента опухолей, достигнутое у пациентов при применении от 1 до 2 сеансов.

Выводы. ФДТ является эффективным методом локального воздействия на опухоль, который может применяться в клинической практике врача-онколога с лечебной целью как по радикальной программе, так и в качестве паллиативного метода воздействия. Учитывая крайне узкие противопоказания к его применению, метод ФДТ может применяться даже у тех пациентов, кому по какой-либо причине противопоказано проведение радикального хирургического лечения.

Седаков И. Е., Проценко Т. В., Логунов П. В., Милус И. Е.

ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. Существуют некоторые особенности течения дерматологических заболеваний, связанные с иммунными и токсическими нарушениями при онкологической патологии.

Цель. Оценить виды и распространенность токсикоаллергических дерматозов (ТАД) у онкобольных на различных этапах менеджмента, а также особенности инфекционной и неинфекционной патологии кожи у больных с онкопатологией.

Материалы и методы. Проведен анализ дерматологической патологии у 191 онкологического больного в возрасте от 34 до 78 лет (мужчин — 102, женщин — 89), среди которых у 106 пациентов онкопатология различного генеза и локализации была выявлена при обращении в РКДВЦ, у 85 пациентов дерматологическая патология установлена при лечении в условиях РОЦ им. проф. Г. В. Бондаря МЗ ДНР. Все больные были опрошены, осмотрены, обследованы, в том числе с проведением дерматоскопии.

Результаты. При обследовании группы онкопациентов выявлена следующая дерматологическая патология: склеромикседема Бушке — у 1 (1,18%), микробная экзема — у 9 (10,6%), многоформная экссудативная эритема — у 7 (8,2%), токсикодермия — у 33 (38,8%), аллергический ангиит — у 18 (21,2%), диффузная алопеция — у 28 (32,9%), себорейный дерматит — у 21 (24,7%), крапивница — у 9 (10,68%). Микотические поражения кожи и/или придатков были у 83 (97,6%) больных, в том числе микоз стоп — у 35 (42,2%), микоз крупных складок — у 15 (18,1%), онхомикоз — у 42 (50,6%). Множественные себорейные кератомы были у 32 (37,6%), другие ВПЧ-ассоциированные пролиферации кожи (бородавки, папилломы) — у 26 (30,6%). Обращало внимание то, что преобладающими причинами возникновения дерматозов у онкобольных стали микотические и токсикоаллергические — у 83 (97,6%) и у 76 (89,4%) больных, при этом у 28 (32,9%) из них была сочетанная дерматологическая патология. У 34 (39,5%) этих больных был отягощенный аллергический/атопический анамнез.

Среди 106 дерматологических пациентов с выявленной онкопатологией при обследовании в связи с дерматозом преобладали ТАД — у 72 (67,9%), в том числе микробная экзема — у 9 (8,5%), аллергический ангиит — у 17 (16%), крапивница — у 12 (11,3%), токсикодермии — у 18 (16,9%), многоформная экссудативная эритема — у 16 (15,1%). Микотические поражения кожи и/или придатков были у 33 (31,1%) больных, в том числе микоз стоп — у 23 (69,9%), микоз крупных складок — у 5 (15,2%), онхомикоз — у 12 (36,4%). Множественные себорейные кератомы были у 12 (11,3%), другие ВПЧ-ассоциированные пролиферации кожи (бородавки, папилломы) — у 16 (15,1%). Обращало внимание, что сочетанная дерматологическая патология (микотического и токсикоаллергического генеза) была у 43 (40,6%) больных. Также стоит отметить, что углубленное клинико-лабораторное и инструментальное обследование этих больных было проведено в связи с частыми рецидивами, резистентностью к терапии или тяжестью течения и выраженностью клинических проявлений дерматоза. У 32 (30,2%) этих больных был отягощенный аллергический/атопический анамнез.

Выводы. Анализ полученных данных отображает необходимость междисциплинарного взаимодействия дерматовенерологов и онкологов, детального обследования больных с ТАД, а также коррекции лечебно-реабилитационных программ у онкобольных на спецлечение при наличии дерматологической патологии токсикоаллергического генеза или отягощенного анамнеза.

Белов Д. М., Карахан В. Б., Бекашев А. Х., Севян Н. В., Алешин В. А., Митрофанов А. А.,

Прозоренко Е. В.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В МОТОРНОЙ ОБЛАСТИ

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

Введение. Все усилия при удалении церебральных метастазов должны быть направлены на восстановление функционального статуса. Наиболее тяжелая группа пациентов — это больные с двигательным дефицитом, что, как правило, отмечается при метастазах в моторную область головного мозга. Такие пациенты получают различные методы лечения — лекарственные, лучевые, хирургические. Однако в плане восстановления двигательной функции, на наш взгляд, наиболее эффективным является хирургический метод.

Цель. Оценить эффективность хирургического удаления метастазов из моторной области головного мозга по динамике восстановления двигательной функции и регресса пароксизмальной симптоматики.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты хирургического лечения 18 пациентов с метастазами в моторной области. Локализацию опухоли верифицировали с помощью магнитно-резонансной томографии и нейронавигационной системы Brainlab во время операции. Магнитно-резонансная трактография позволяла оценить расположение и степень компрессии волокон кортико-спинального тракта. Функциональное мониторирование в ходе хирургического вмешательства не проводилось. Операции выполнялись с использованием микроскопа ZEISS OPMI PENTERO 800.

Результаты. Восстановление двигательной функции после операции отмечено в 17 (94,5%) случаях. Оно было полным или частичным. При метастазах солидной, солидно-некротической и солидно-кистозной структуры регресс пирамидной симптоматики развивался постепенно, начиная с 4-х суток после операции. Как правило, с 3-х суток после хирургического вмешательства пациентам начинали проводить реабилитационную терапию (лечебную физкультуру, массаж, электромиостимуляцию), что ускоряло процесс восстановления. Максимальный эффект возникал на 15-е сутки после операции. Более быстрое восстановление двигательной функции отмечалось у пациентов с большими кистозными метастазами, которым проводилась операция в объеме имплантации резервуара Оммайа. Восстановление начиналось уже через несколько часов после выхода из наркоза. Регресс пароксизмальной симптоматики отмечен во всех случаях, хотя больные продолжали принимать антиконвульсанты. Период наблюдения составил 12 мес.

Выводы. Хирургическое удаление церебральных метастазов в моторной области позволяет добиться полного или частичного регресса неврологической симптоматики. При этом наблюдается короткий восстановительный период: от нескольких часов до 14 суток. Появляется возможность отменить глюкокортикоиды на 7–10-е сутки после операции. Создаются условия для продолжения комплексного лечения пациентов, ранее считавшихся инкурабельными.

Седаков И. Е., Чистяков А. А., Степанов А. И., Ползиков Г. Н., Глазков А. И.

КРИОХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА МЯГКОГО НЁБА И НЁБНОЙ ЗАНАВЕСКИ Т₁–2 СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. В Республиканском онкологическом центре им. проф. Г. В. Бондаря в качестве одного из возможных хирургических способов лечения рака мягкого неба Т₁–2 стадии используется контактная криодеструкция. Криодеструкция мягкого неба — кратковременное интенсивное воздействие на слизистую оболочку жидким азотом. Способ является малоинвазивным, эффективным и абластичным.

Цель. Оценить эффективность криохирургического метода лечения плоскоклеточного рака мягкого неба и небной занавески при T1–2 стадии заболевания.

Материалы и методы. Группу пациентов составляли мужчины и женщины, возрастной группы от 45 до 70 лет. При первичном осмотре пациентам проводилась биопсия видоизмененной слизистой оболочки с дальнейшим исследованием биологического материала. Во всех случаях гистологически верифицирована и подтверждена плоскоклеточная карцинома разной степени дифференцировки. При фарингоскопии у всех пациентов отмечалось локальное поражение слизистой оболочки мягкого неба от 1,0 до 4,5 см без вовлечения в процесс соседних анатомических структур. При обследовании пациентам выполнялись: ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи, сонография сосудов шеи, спиральная компьютерная томография органов головы и шеи. В ходе диагностики вторичного поражения лимфатических узлов шеи и мягких тканей шеи выявлено не было. По данным СКТ глубокого инвазивного роста опухоли и деструкции не отмечалось. В условиях операционной под общим эндотрахеальным наркозом всем пациентам была выполнена криохирургическая деструкция жидким азотом (температура кипения — 196°) контактным способом пораженной опухолевым процессом слизистой оболочки с захватом здорового края слизистой оболочки на 0,5 см от края опухоли. Аппликация проводилась длительностью в 3 минуты 1 циклом (опухоль от 1,0 до 1,5 см), 2 циклами (опухоль 2,0 до 3,0 см) при стадии T1 и 5 минут 3 циклами при стадии T2 (опухоль 4,5 см). В завершении каждой операции проводился тщательный гемостаз в области операции с аппликациями гемостатического материала во избежание кровотечения из небольших ветвей после оттаивания слизистой оболочки.

Результаты. В послеоперационном периоде на первые сутки отмечался отек слизистой мягкого неба, явления дисфагии были практически не выражены. Заброса жидкости в носоглотку при операции на небной занавеске зафиксировано не было. На третьи сутки после операции отек и воспалительные процессы уменьшались, а в операционном поле формировались крионекрозы. Болевой синдром уменьшался на 3–4 сутки. В течение всего послеоперационного периода (7 суток) пациенты получали антибактериальную, противовоспалительную и противоотечную терапию. Повторный осмотр проводился на 14 и 21 сутки после операции. Через 3 недели при контрольной фарингоскопии у больных определялся дефект мягкого неба (отсутствие части небной занавески или неглубокий воронкообразный дефект мягкого неба с явлениями рубцевания) на месте применения криодеструктора. Контрольные биопсии краев выполнялись через 3 месяца после операции и через 12 месяцев после операции. Данных в пользу рецидива опухоли зафиксировано не было.

Выводы. Криохирургическое воздействие является эффективным способом и может быть использовано в качестве монометода лечения при опухолях мягкого неба и небной занавески при T1–2 стадии.

Седаков И. Е., Морозова С. Е., Чистяков А. А., Степанов А. И.
**КРИОХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ
ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ДНА ПОЛОСТИ РТА
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ С ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ T2
СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. В Республиканском онкологическом центре им. проф. Г. В. Бондаря в качестве одного из возможных комбинированных способов лечения рака дна полости рта T2 стадии используется контактная криодеструкция с последующей телегамматерапией.

Цель. Оценить эффективность криохирургического метода в комплексе с лучевой терапией при лечении плоскоклеточного рака дна полости рта при T2 стадии заболевания.

Материалы и методы. Группу пациентов составляли мужчины возрастной группы от 55 до 70 лет. При первичном осмотре во всех случаях гистологически верифицирована и подтверждена плоскоклеточная карцинома. При орофарингоскопии — локальное поражение слизистой оболочки дна полости рта от 2,5 до 3,0 см с инвазией в слизистую оболочку не более 1 см, в трех случаях — вовлечение участка слизистой оболочки альвеолярного края нижней челюсти до 1,0 см. В двух случаях вовлечение участка нижней поверхности языка до 1,0 см. В ходе диагностических мероприятий вторичного поражения лимфатических узлов шеи и мягких тканей шеи, по данным СКТ и УЗИ, не выявлено. В условиях операционной выполнена криохирургическая деструкция жидким азотом (температура кипения — 196°)

контактным способом с захватом здорового края слизистой оболочки на 0,5 см от края опухоли.

Результаты. Через 3 недели при контрольной фарингоскопии у больных определялся послеоперационный дефект в виде воронки с формированием рубца на месте применения криодеструктора. В последующем, пациенты получали лучевую терапию в условиях радиологического отделения на телегамматерапевтической установке на первичный очаг в дозе 66–70 Гр (1,8–2,0 Гр\фракция) на локорегионарную область, включая регионарные лимфоузлы 50–54 Гр (1,8–2,0 Гр\фракция). Контрольные биопсии краев выполнялась через 3 месяца после операции и через 12 месяцев после операции. Данных в пользу рецидива опухоли зафиксировано не было. По данным УЗИ лимфатических узлов шеи и СКТ головы и шеи — вторичных изменений в лимфатических узлах и мягких тканях шеи не выявлено.

Выводы. Крихирургическое воздействие в комбинации с телегамматерапией является эффективным способом и может быть использовано в качестве комбинированного метода лечения при опухолях дна полости рта T2 стадии заболевания.

Седаков И. Е., Чистяков А. А., Степанов А. И., Ползиков Г. Н., Глазков А. И.

КРИОХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКО-КЛЕТОЧНОГО РАКА НЕБНЫХ МИНДАЛИН T1–2 СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. В Республиканском онкологическом центре им. проф. Г. В. Бондаря в качестве одного из возможных хирургических способов лечения рака небной миндалины T1–2 стадии с экзофитным типом роста используется контактная криодеструкция.

Цель. Оценить эффективность крихирургического метода лечения плоскоклеточного рака небных миндалин при T1–2 стадии заболевания.

Материалы и методы. На протяжении 3 лет (2019–2022 гг.) в условиях Республиканского онкоцентра было произведено порядка 20 крихирургических операций пациентам с плоскоклеточным раком небной миндалины T1–2 N0 M0 стадии заболевания с использованием стационарной крихирургической установки. Группу пациентов составляли мужчины и женщины, возрастной группы от 45 до 70 лет. При первичном осмотре пациентам проводилась биопсия видоизмененной ткани небной миндалины с дальнейшим исследованием биологического материала. Во всех случаях гистологически верифицирована и подтверждена плоскоклеточная карцинома разной степени дифференцировки. При фарингоскопии у всех пациентов отмечалось локальное поражение небной миндалины в пределах капсулы с экзофитным типом роста, в некоторых случаях с частичным переходом на небно-глоточную или небно-язычную дужку. При обследовании пациентам выполнялись: ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи, сонография сосудов шеи, спиральная компьютерная томография органов головы и шеи. В ходе диагностики вторичного поражения лимфатических узлов шеи и мягких тканей шеи выявлено не было. По данным СКТ, инвазивного и эндофитного роста опухоли небной миндалины не отмечалось. В условиях операционной под общим эндотрахеальным наркозом всем пациентам была выполнена крихирургическая деструкция жидким азотом (температура кипения — 196°) контактным способом пораженной опухолевым процессом небной миндалины и вовлеченной небной дужки в таких случаях. Аппликация проводилась длительностью в 3 минуты 2 циклами при стадии T1 и 5 минут 3 циклами при стадии T2. В завершении каждой операции проводился тщательный гемостаз в области ниши миндалины с гемостатическим материалом во избежание кровотечения из небольших ветвей после оттаивания слизистой оболочки.

Результаты. В послеоперационном периоде на первые сутки отмечался отек слизистой глотки, явления умеренно выраженной дисфагии. На третьи сутки после операции отек и воспалительные процессы уменьшались, а в операционном поле формировались крионекрозы. Болевой синдром и явления дисфагии проходили на 4–5 сутки. В течение всего послеоперационного периода (7 суток) пациенты получали антибактериальную, противовоспалительную и противоотечную терапию. Повторный осмотр проводился на 14 и 21 сутки после операции. Через 3 недели при контрольной фарингоскопии у больных определялась воронка на месте применения криодеструктора и формировался нежный рубец. Контрольные биопсии выполнялась через 3 месяца после операции и через 12 месяцев после операции. Данных в пользу рецидива опухоли зафиксировано не было.

Выводы. Крихирургическое воздействие является эффективным и может быть использовано в качестве монометода лечения при опухолях небных миндалин T1–2 стадии с экзофитным типом роста.

Седаков И. Е., Комендант В. В., Чистяков А. А., Гончар А. Г., Степанов А. И., Паниев С. Ю.

ОПЫТ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

ИМ. ПРОФ. Г.В. БОНДАРЯ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОГО МЕТОДА ДОСТАВКИ ХИМИОПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОПУХОЛЕЙ РОТОГЛОТКИ 3–4 СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. В клинической онкологии удельный вес рака ротоглотки в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения за последние годы составил около 0,77% от общего количества злокачественных новообразований. Средний возраст среди мужчин составляет 59,3 года, женщин — 59,1 года. Пик заболеваемости обоих полов отмечается в возрастной группе 50–75 лет на 100.000 населения.

Цель. Стандартом лечения неоперабельных опухолей ротоглотки 3–4 стадии заболевания согласно 8 классификации клинических рекомендаций является полихимиотерапия или комбинированная химиолучевая терапия. Способом доставки химиопрепаратов является внутривенная инфузия. Однако, в нашем центре разработан метод доставки химиопрепарата через периферические лимфатические сосуды.

Материалы и методы. В условиях центра за 3 года (2019–2022 гг.) проведено лечение порядка 145 пациентов со злокачественными новообразованиями ротоглотки Т3–4, осложненные метастазами в регионарные лимфатические узлы шеи N1–2 по схеме PF с использованием доставки 5-фторуоцила путем выделения и катетеризации периферического лимфатического сосуда. В условиях операционной с использованием хирургического инструментария для работы на сосудах, через доступ на внутренней поверхности средней трети бедра, больным устанавливался катетер, через который на протяжении всего курса химиотерапии (1–4 день) проводились 96-часовые инфузии 5-фторуоцила с использованием инфузионного насоса. Исходя из наблюдений, проведенных после лечения больных (3 курса химиотерапии PF, где Цисплатин вводился внутривенно капельно, а 5-фторуоцил эндолимфально капельно), отмечалась более выраженная положительная динамика в виде регрессии лимфатических узлов шеи и первичной опухоли в ротоглотки по отношению к стандартной схеме лечения.

Результаты. По данным отдаленных результатов, критериями которых являлись рецидив опухоли и трехлетняя выживаемость, можно отметить, что по сравнению с данными литературы о классическом внутривенном введении, эндолимфатический путь на 17,5% более эффективен. Из 100% пациентов, получивших лечение с использованием эндолимфатического доступа введения химиопрепарата у 55% процентов больных отмечалась стабилизация процесса, у 30% удалось перевести заболевание из нерезектабельного в резектабельное состояние, у 5% отмечался продолженный рост опухоли ротоглотки, у 10% отмечался продолженный рост в лимфатических узлах шеи.

Выводы. Эндолимфатическая химиотерапия является наиболее эффективным методом лечения данной тяжелой группы пациентов.

Гончар А. Г., Чистяков А. А., Ползиков Г. Н., Паниев С. Ю., Степанов А. И., Глазков А. И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАЛОЖЕНИЯ ПРОВИЗОРНЫХ ШВОВ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПО ДИФФЕНБАХУ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГУБЫ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. Чаще всего рак губы развивается в 65–75 лет. В 2021 году заболеваемость в России составила 22,5 человек на 100 тыс. населения: 83,5% больных с I и II стадией рака губы, 10,5% — с III и 5,5% — с IV стадией. Основным вариантом лечения рака губы I и II стадии — хирургический. В раннем послеоперационном периоде у части больных возникают осложнения в виде воспалительных изменений в краях послеоперационной раны, прорезывания швов и расхождения лоскутов, что приводит к нарушению качества жизни, длительной консервативной терапии и повторному оперативному вмешательству. Необходима разработка новых методик для предотвращения ранних послеоперационных осложнений у больных раком губы.

Цель. Разработать способ, позволяющий уменьшить натяжение лоскутов по линии соприкосновения после завершения пластики по Диффенбаху у больных раком губы.

Материалы и методы. В исследование вошел 21 пациент с начальным раком нижней губы (T1, T2). Гистологически: плоскоклеточный рак. Возраст пациентов: 55–70 лет, в среднем 62,4 года. Пациенты разделены на 2 группы: в первую группу вошли пациенты, которым выполнялась прямоугольная резекция нижней губы с пластикой по Диффенбаху; после завершения пластики выполнялось наложение двух провизорных швов через все слои (кожа, подкожная клетчатка, мышечный слой, слизистая оболочка дна полости рта), начальной точкой которых является верхний край кожно-мышечного лоскута на 0,5 см ниже от красной каймы губы, проходящей через все слои, и с конечной точкой фиксации швов, соответствующей нижнему краю лоскута по переходной складке губы — 11 пациентов; во второй группе пациентам выполнялась прямоугольная резекция нижней губы с пластикой по Диффенбаху без наложения провизорных швов после завершения пластики — 10 пациентов. В обеих группах использовался рассасывающийся шовный материал (производные полидиоксана, производные полигликолевой кислоты). В послеоперационном периоде пациентам обеих групп проводилась стандартная антибактериальная и анальгезирующая терапия.

Результаты. В первой группе в раннем послеоперационном периоде у 1-го пациента (9,09%) появились воспалительные изменения в краях послеоперационной раны по линии соприкосновения лоскутов, прорезывание швов и расхождение краёв раны. Во второй группе в раннем послеоперационном периоде у 4-х (40%) пациентов появились воспалительные изменения в краях послеоперационной раны по линии соприкосновения лоскутов, прорезывание швов и расхождение краёв раны.

Выводы. Наложение провизорных швов после завершения пластики по Диффенбаху осуществляет уменьшение натяжения лоскутов по линии соприкосновения, что позволяет избежать нарушения микроциркуляции, воспалительных изменений в краях послеоперационной раны по линии соприкосновения лоскутов, прорезывание швов и расхождение краёв раны.

ТОРАКАЛЬНАЯ ОНКОЛОГИЯ

Шпаков Е. И., Карпенко Я. И., Капусенко Р. А.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. Хроническая обструктивная болезнь легких — широко распространенное среди населения заболевание респираторной системы. Наличие у хирургических пациентов данного заболевания значительно увеличивает риск развития легочных осложнений в периоперационном периоде, которые могут приводить к повышению внутригоспитальной летальности. Главная задача ведения пациентов заключается в том, чтобы предотвратить или минимизировать развитие данных осложнений.

Цель. Определить наиболее эффективные методы профилактики развития периоперационных легочных осложнений у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.

Материалы и методы. Проведен анализ актуальных отечественных и зарубежных научных работ по данной проблеме.

Результаты. Во время предоперационного этапа необходимо снизить риск развития послеоперационных легочных осложнений, устранив все обратимые предрасполагающие факторы. Вероятность развития послеоперационных осложнений значительно возрастает при появлении хрипов при аускультации и требует лечения муколитиками или кортикостероидами. Основной целью анестезии является поддержание адекватного уровня оксигенации и минимизация манипуляций с дыхательными путями. Общая анестезия, эндотрахеальная интубация, длительность операции более 2,5–4 часов, применение миорелаксантов длительного действия, опиоидов повышают риск развития легочных осложнений. С целью профилактики бронхообструкции рекомендуется использовать введение лидокаина или адреномиметиков и не ис-

пользовать препараты, способствующие выбросу гистамина. У пациентов с ХОБЛ преимуществом обладает режим механической вентиляции с контролем по давлению с нисходящей формой воздушного потока и выбор оптимального значения ПДКВ. Регионарная анестезия устраняет необходимость в манипуляциях с дыхательными путями и приводит к улучшению функции легких в послеоперационном периоде. Для профилактики респираторных осложнений в послеоперационном периоде необходимо выполнять дыхательные упражнения с ПДКВ с целью увеличения равномерности вентиляции легких и профилактики послеоперационных ателектазов.

Выводы. Хроническая обструктивная болезнь легких на сегодняшний день остается одной из основных проблем общественного здравоохранения в мире. В связи с этим исследования, посвященные оптимизации периоперационного ведения пациентов с ХОБЛ, особенно актуальны. Объективные методы чрезвычайно полезны для неинвазивной оценки функционального состояния респираторной системы пациента. Анестезиологическое обеспечение пациентов с ХОБЛ требует правильного понимания состояния больных.

Сафаров М. А., Тойгонбеков А. К., Макимбетов Э. К.

ПУТИ РЕШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОПЕРАБЕЛЬНОГО РАКА ПИЩЕВОДА

Национальный центр онкологии и гематологии МЗ КР

Введение. Злокачественные новообразования пищевода и желудка входят в пятерку наиболее распространенных видов рака во всем мире. Примерно в 70% случаев пациенты при поступлении уже имеют III и IV стадии опухолевого процесса. Ежегодно в мире регистрируется 455,8 тыс. новых случаев рака пищевода (РП) и 400,2 тыс. смертей от него.

Цель. Изучить возможность использования метода стентирования при неоперабельном раке пищевода.

Материалы и методы. С 2017 по 2020 гг. в диагностическом отделении Национального центра онкологии и гематологии Минздрава Кыргызской Республики было проведено стентирование 56 больным раком пищевода и проксимального отдела желудка. Возраст больных колебался от 56 до 73 лет, средний возраст составил $62,4 \pm 3,3$ лет. Пациентов мужского пола было больше (40), чем женщин (16), что составило 71,4% и 38,6%, соответственно. Упругая и в то же время гибкая конструкция СРМС позволяет использовать их даже при наличии существенной извитости сужения. Для определения локализации и протяженности стриктуры вначале выполняется эзофагография. По опыту других исследователей примерно 60% длины стента располагали над серединой стриктуры, чтобы уменьшить риск возможной его миграции.

Результаты. Основным клиническим симптомом при РП была дисфагия различной степени выраженности. В 75% случаев 3-я степень дисфагии, в 20% случаев встречалась 3-я степень дисфагии, а в 5% случаев — четвертая степень, при которой практически ни пища, ни вода не могли пройти в желудок.

Результаты нашего исследования показали, что имплантация СРМС с целью ликвидации обусловленной злокачественной опухолью дисфагии — безопасная и высокоэффективная манипуляция, которая у больных с установленным сочетанием опухолевой обструкции пищевода со «злокачественной» респираторно-пищеводной фистулой может рассматриваться как лечебная процедура.

Так, согласно нашим данным, при анализе 56 больных с неоперабельным раком пищевода и проксимального отдела желудка СРМС привела к значительному купированию симптомов дисфагии. Из 14 больных с третьей и четвертой стадией опухолевого процесса в 12 случаях купирование симптомов привело к первой стадии дисфагии ($p=0,001$).

Согласно проведенным исследованиям, разрешение стенозов злокачественного генеза верхнего отдела ЖКТ с помощью СРМС является оптимальным решением паллиативного менеджмента пациентов при обтурации пищевода и выходного отдела желудка. Применение СРМС позволяет немедленно разрешить обтурацию, возобновляя питание больного в тот же день, без проведения специальной подготовки и анестезиологического пособия.

Таким образом, уникальные высокоэффективные малоинвазивные методики восстановления проходности стриктур пищевода у онкологических больных, в ряде случаев считавшихся инкурабельными, позволяют продлить и значительно улучшить качество оставшейся жизни.

По локализации стентирования в 10% стент устанавливался в шейном отделе, в 38% стент был установлен в средне-грудном отделе пищевода, у 30% — в нижне-грудном отделе и у 22% стентирование произведено в пищеводно-желудочном сочленении.

Согласно результатам, у 5 (8,9%) больных в последующем отмечается рецидивирующая дисфагия вследствие разрастания опухолевой ткани в просвет стента. У 2 (3,5%) больных отмечается миграция стента. Наиболее частым осложнением при стентировании в 11,0% явилось кровотечение. В двух случаях отмеча-

лось такое грозное осложнение, как перфорация пищевода. Нами было показано, что эти осложнения чаще были вызваны предшествующей химиотерапией и/или облучением.

Также, одним из наиболее частых осложнений, возникающих при стентировании пищевода, является боль за грудиной. В нашем наблюдении боль за грудиной отмечалась у 45% больных. Боль чаще всего наблюдается при стентировании верхне-грудного, шейного и средне-грудного отделов пищевода. Однако в своем большинстве данное осложнение является краткосрочным и купируется в течение 2–4 дней. Однако в некоторых случаях продолжительность болевых ощущений может составить более длительный срок.

В ближайшие сроки после стентирования пищевода больные в течение длительного времени имели возможность питаться естественно, что значительно повышало качество их жизни.

Таким образом, стентирование пищевода при его неоперабельном опухолевом поражении, несмотря на имеющиеся осложнения, является методом выбора хирургического пособия, призванного облегчить страдания пациента. И, несмотря на паллиативный характер лечения, стентирование пищевода способствует улучшению качества жизни данной категории больных.

Выводы. 1. Стентирование пищевода является относительно безопасным и эффективным методом лечения неоперабельного рака пищевода. 2. Стентирование пищевода сопровождается невысокой частотой осложнений. 3. Наиболее частыми осложнениями являются боли за грудиной и кровотечения. 4. Стентирование пищевода при неоперабельном раке пищевода улучшает качество жизни пациентов.

Седаков И. Е., Совпель О. В., Шеховцов Я. С., Совпель И. В.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА КОМБИНИРОВАННЫМ ТОРАКОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького

Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря, г. Донецк

Введение. Ежегодно в мире от рака пищевода погибает более 500 000 человек, что составляет 5,3% от общей летальности по поводу онкологических заболеваний. Хирургические вмешательства, выполняемые по поводу рака пищевода, являются одними из наиболее травматичных в онкохирургии, с высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности, что диктует необходимость более широкого внедрения эндовидеохирургических методов выполнения данных операций.

Цель. Анализ непосредственных результатов хирургического лечения больных раком пищевода, оперированных комбинированным тораколапароскопическим доступом.

Материалы и методы. В исследование включены 14 пациентов, оперированных по поводу рака пищевода II–III стадии. Всем пациентам в неоадьювантном режиме был проведен курс химиолучевой терапии. Хирургическое вмешательство выполнено комбинированным тораколапароскопическим доступом. Операция начиналась с лапароскопии, мобилизации желудка и нижней трети пищевода трансиатально до уровня нижней легочной вены, выполнения D2 лимфодиссекции. Далее торакокопическим доступом выполнялась мобилизация пищевода в грудной клетке до уровня верхней апертуры и F2 лимфодиссекция. На следующем этапе цервикальным доступом слева выделялся шейный отдел пищевода, через микролапаротомию формировался стебель из желудка, который после отсечения препарата проводился через грудную клетку и анастомозировался с пищеводом на шее.

Результаты. Летальных исходов в данной группе пациентов не отмечено. Продолжительность хирургического вмешательства составила 399 мин. (360–630). Интраоперационных осложнений не отмечено. Обязательным аспектом послеоперационного ведения пациентов является ранняя активизация (в первые сутки), максимально раннее энтеральное питание (на 2-е сутки). Длительность пребывания в стационаре составила 9,1 дней (7–18). Послеоперационные осложнения отмечены у 4 (28,6%) пациентов. У 3 (21,4%) пациентов отмечены случаи несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза, что потребовало продолжения зондового питания. В 2 из 3 случаев свищ закрывался в течение 1-й недели, в 1 случае — на 18 сутки. В 1 (7,1%) случае диагностирован пароксизм фибрилляции предсердий. Все отмеченные осложнения относились к I–II степени по классификации Clavien-Dindo, были купированы консервативно и не потребовали повторных хирургических вмешательств. Стоит отдельно отметить отсутствие бронхо-легочных осложнений при выполнении оперативных вмешательств по данной методике.

Выводы. Широкое повсеместное внедрение лапароскопических методик в онкохирургии позволяет существенно снизить частоту послеоперационных осложнений и летальность при операциях по поводу онкологических заболеваний. Использование комбинированного тораколапароскопического доступа для выполнения экстирпации пищевода по поводу рака характеризуется низкой частотой послеоперационных осложнений, возможностью более ранней реабилитации пациентов.

Осипенков Р. А., Седаков И. Е., Попович А. Ю., Кондратюк Б. П.

ОПЫТ РЕЗЕКЦИИ 12 СЕГМЕНТОВ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТА С МЕТАХРОННЫМ БИЛАТЕРАЛЬНЫМ РАКОМ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. На сегодняшний день радикальным методом лечения рака легкого является хирургическое вмешательство. Совершенствование хирургической техники, анестезиологического обеспечения во многом повлияли на возможность выполнения повторных хирургических вмешательств на легких при первичном и метастатическом раке.

Цель. Оценить роль повторных операций на легких при первичном и метастатическом раке в комплексном подходе к лечению онкологических больных.

Материалы и методы. В данном сообщении мы приводим собственное клиническое наблюдение успешной резекции 12 сегментов легких у пациента К, 1955 г. Р., который находился на лечении в торакальном отделении РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря с диагнозом: первично-множественный метакхронный рак легких: 1) Са нижней доли правого легкого pT1N0M0G3, 1 st, 2 кл. гр.; 2) Са нижней доли левого легкого pT3N0M0G3, 11 st, 2 кл. гр. В феврале 2008 года пациент перенес нижнюю лобэктомию справа. Гистологическое заключение: низкодифференцированный плоскоклеточный рак, в лимфоузлах отложения угольного пигмента. Учитывая стадию процесса, специальное лечение не проводилось. Пациент находился под наблюдением онколога, однако при контрольной компьютерной томографии органов грудной клетки от 26.05.2010 г. у пациента заподозрена опухоль в нижней доле левого легкого, которая расположена парамедиастинально, с четкими контурами, размером 8,0 на 6,0 см, ампутирует S8 сегментарный бронх, деформирует и суживает нижнедолевой бронх и язычковые сегментарные ветви.

Результаты. Данные фибробронхоскопии от 27.05.2010 г.: главный левый бронх и верхнедолевой бронх проходимы, устье шестого сегментарного бронха расположено на 0,5 см ниже устья верхнедолевого бронха, бронх к базальным сегментам конически суживается и в 1,5 см от устья шестого сегментарного бронха выполнен некротизированной опухолью. Пациенту планировалась бронхопластическая нижняя лобэктомия слева, однако интраоперационно выявлено, что опухоль перибронхиально распространяется на нижнюю стенку верхнедолевого бронха. В связи с чем пациенту произведена бронхопластическая комбинированная нижняя лобэктомия слева с анатомической резекцией язычковых сегментов. Целостность бронхиального дерева восстановлена путем формирования анастомоза между латеральной стенкой левого главного бронха и бронхом к верхушечным сегментам. Морфологически — низкодифференцированная аденокарцинома, во всех присланных лимфоузлах хронический лимфаденит. Послеоперационный период протекал без осложнений. Несмотря на объем вмешательства, пациент оставался функционально активен.

Выводы. Приведенный клинический случай говорит о том, что повторные операции на легких при первичном раке являются одним из компонентов в комплексном лечении онкологических пациентов и при правильной оценке функциональных особенностей организма позволяют не только улучшить отдаленные результаты проведенного лечения, но и обеспечить адекватное качество жизни, несмотря на удаление 12 сегментов легких

Ладур А. И., Кубышковский А. Л., Зыков Д. С., Косарь Н. В., Ладур К. А., Гринько Н. В.
**РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ
БРОНХОВ НА ФОНЕ ОСЛОЖНЕННОГО ОПУХОЛЕВОГО
ПРОЦЕССА И ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ**

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. Бронхопластические операции давно и с успехом применяются в практике онкоторакальных отделений. Их очевидным преимуществом является возможность выполнения органосохраняющей радикальной операции, которая обеспечивает пациенту достойное качество жизни, трудоспособность и социальную реабилитацию.

Цель. Продемонстрировать клиническое наблюдение полного выздоровления пациентки с тератобластомой нижнедолевого бронха левого легкого на фоне врождённой аплазии нижней доли и рубцового стеноза главного бронха, которой выполнена реконструктивно-пластическая операция.

Материалы и методы. В связи с частыми пневмониями пациентка обследована в центре торакальной хирургии г. Амман (Иордания) в августе 2007 г. При компьютерной томографии, фибротрехеобронхоскопии обнаружена опухоль в нижнедолевом бронхе левого легкого с обтурацией его просвета и распространением на главный бронх, а просвет верхнедолевого бронха прикрыт опухолью, но проходим. Выполнена аргонплазменная реканализация бронха без эффекта. В декабре 2007 года обследована в институте хирургии им. А. В. Вишневого (г. Москва). Заключение: опухоль левого нижнедолевого бронха обтурирующая его просвет с переходом на главный бронх, состояние после аргонплазменной деструкции. Точно оценить распространение опухоли на верхнедолевой бронх не представляется возможным из-за свежих некротических изменений в области бифуркации левого главного бронха. Больной была предложена операция в объеме пневмонэктомии, так как выполнение бронхореконструктивной операции представляло высокий риск из-за свежих эндобронхиальных некротических изменений.

Наша клиника обладает опытом более 200 бронхопластических операций при злокачественных опухолях легких.

Больная К., 1973 года рождения, история болезни № 72106 поступила в торакальное отделение 31.01.2008 г. После дообследования и предоперационной подготовки 07.02.2008 г. больная оперирована.

Результаты. Пациентке произведена нижняя расширенная бронхопластическая лобэктомия с циркулярной резекцией левого главного бронха, верхнедолевого и язычкового бронхов, с формированием полисегментарного анастомоза между верхнедолевым, язычковым и левым главным бронхами. Гистологическое заключение № 5664–74 от 14.02.2008 г.: опухоль строения злокачественной тератобластомы с малигнизацией эпителиального компонента (аденокарцинома с гиперпродукцией слизи), в л/у синус-гистиоцитоз. Заключительный диагноз: тератобластома нижнедолевого бронха левого легкого T2N0M0, аплазия нижней доли, рубцовый стеноз главного бронха, дыхательная недостаточность II–III ст. Течение послеоперационного периода гладкое. Рана зажила первичным натяжением. На данный момент, через 15 лет после операции, пациентка обследована, рецидив и метастазы не обнаружены. Чувствует себя хорошо. Работает и воспитывает двух дочерей в г. Калининграде.

Выводы. Редкость приведенного наблюдения заключается, во-первых, в сочетании одновременно нескольких патологических процессов в левом легком и трудности их дооперационной диагностики. Во-вторых, произведена радикальная реконструктивно-пластическая операция как альтернатива пневмонэктомии, имеющая несомненные преимущества в плане обеспечения хорошего качества жизни.

Седаков И. Е., Фролков В. В., Поливанов А. К., Осипенков Р. А., Доценко Д. Н., Никулина Н. В.
**ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ
КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ЛЁГКОГО**

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. По данным А. Ю. Добродеева и соавт. (2010 г.), после проведения двух курсов предоперационной химиотерапии у пациентов с РЛ, в 24% случаев отмечался эрозивно-геморрагический гастрит, в 8% визуализировались язвенные дефекты луковицы ДПК, в 68% был обнаружен очаговый катаральный гастрит, и в 12% определялся кандидозный эзофагит. Клинических проявлений при этом зафиксировано не было.

Цель. Определение закономерностей, связанных с заболеваниями желудка, ДПК у пациентов с РЛ.

Материалы и методы. В Республиканском онкоцентре им. проф. Г. В. Бондаря в 2021 г. получили лечение 224 пациента с РЛ из г. Донецка. Методом случайной выборки отобрано 134 пациента. Рутинная фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) на этапах лечения выполнена у 52 пациентов, мужчин — 35, возраст от 38 до 80 лет, в среднем, 62,6 года; женщин — 17, в возрасте от 40 до 75 лет, в среднем, 61 год. I st. выявлена у 7 пациентов (13,46%), II st. у 5 (9,61%), III st. у 17 (32,7%), IV st. у 23 (44,23%). РЛ как синхронный или метасинхронный процесс у 7 пациентов (13,46%), дополнительные локализации: базалиома волосистой части головы, меланобластома глаза, Са гайморовой пазухи, Са сигмовидной кишки, Са прямой кишки, Са тела матки и яичников, Са почки и лимфома Ходжкина.

Результаты. Относительно патологии ЖКТ выделены следующие группы: условно здоровые (без патологии слизистой желудка и ДПК, при наличии поверхностного гастродуоденита) — 12 пациентов (23%), у 9 пациентов выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) — 17,3%, у 15 язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) — 28,84%, острые повреждения слизистой (диффузная гастропатия, острая язва, эрозии желудка и ДПК) — у 16 пациентов (30,77%), предопухолевые состояния (полипы, участки метаплазии, атрофии, гипертрофический гастрит, папиллома) отмечались у 14 пациентов (26,92%). При этом сочетанная патология ЖКТ выявлена у 19 пациентов (36,53%), в т.ч. кандидозный эзофагит у 2 человек, рефлюкс-эзофагит, варикоз вен пищевода, дивертикул Ценкера, желчный рефлюкс-гастрит.

Выводы. 1. Частота встречаемости эрозивных поражений желудка и ЯБ ДПК при РЛ предполагает обязательное проведение ФГДС и гастропротекции, для профилактики ulcerогенного действия на фоне специализации. 2. Возможная сопряженность ЯБ ДПК и грыжи ПОД с РЛ определяет детализацию диагностического поиска в этих группах. 3. Наличие факторов риска по развитию рака желудка у пациентов с РЛ актуализирует тщательный мониторинг на этапах диспансерного наблюдения.

Севаков И. Е., Кондратюк Б. П., Кубышковский А. Л., Осипенков Р. А.
**НАШ ОПЫТ БРОНХОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ
ПЕРВИЧНЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ
ЛЕГКИХ**

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. На сегодняшний день четко прослеживается тенденция в онкохирургии, направленная на выполнение органосохраняющих и высокофункциональных операций при соблюдении всех принципов онкологического радикализма. В торакальной хирургии этому принципу соответствуют бронхопластические операции.

Цель. Предоставить наш опыт бронхопластических операций при первичных и метастатических опухолях легких за период с 2000 г. по 2023 г.

Материалы и методы. За период с 2000 г. по 2022 г. в торакальных отделениях № 1 и № 2 РОЦ им. проф. Г. В. Бондаря 134 пациента перенесли бронхопластические хирургические вмешательства на легких при первичном и метастатическом раке. Из них мужчин было 98 человек (73,1%), женщин — 36 (26,86%). Возрастной диапазон составил от 42 до 75 лет. Морфологическая структура опухолей была представлена следующим образом: плоскоклеточный рак выявлен в 63 случаях (47%), аденокарцинома — у 54 (40,3%), карциноид представлен в 7 случаях (5,2%), папиллярный рак — у 2 (1,5%), и в 8 случаях пациенты оперированы по поводу метастатического процесса.

Результаты. Все пациенты были прооперированы в плановом порядке, клиновидная резекция бронха выполнена в 76 случаях (56,7%), циркулярная резекция произведена 58 пациентам (43,3%). У 4 (2,9%) больных, после операции, была выявлена несостоятельность швов межбронхиального анастомоза, во всех случаях завершившаяся заживлением, больные выписаны с выздоровлением. У одного пациента послеоперационный период осложнился тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии, еще у одного пациента — инфарктом миокарда, пациенты получали соответствующую терапию, выписаны с положительной динамикой. Послеоперационная летальность составила 0%. Все пациенты в дальнейшем получили комбинированное лечение, исходя из стадии заболевания. Одногодичная выживаемость составила 72%, трехлетняя — 58% и пятилетняя — 38%.

Выводы. Выполнение бронхопластических операций значительно расширяет возможности торакальной хирургии в лечении рака легкого как за счет технической резектабельности опухоли при переходе на главный бронх или трахею, так и за счет функциональной операбельности при низких функциях дыхания и невозможности выполнения пневмонэктомии.

МАММОЛОГИЯ

Камалетдинов И. Ф., Исмагилов А. Х.

ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ИНФРАМАММАРНОЙ СКЛАДКИ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ПТОЗИРОВАННОЙ ФОРМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

КГМА — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Введение. В реконструктивной хирургии груди инфрамаммарная складка (ИМС) является одной из самых сложных анатомических структур для восстановления, тем не менее, именно эта структура в большей степени определяет оптимальный эстетичный вид молочной железы. Применение каждого метода формирования ИМС, наряду со своими преимуществами, обладает определенными недостатками, особенно, в случае формирования острого торако-маммарного угла, необходимого при реконструкции птозированной формы груди.

Цель. Провести оценку эффективности применения наиболее распространенных способов формирования ИМС с целью выбора оптимального метода, позволяющего реконструировать птозированную форму молочной железы.

Материалы и методы. В ходе исследования 193 пациентам проведена двухэтапная реконструкция груди с формированием ИМС. Пациенты были разделены на 3 группы, согласно способу восстановления ИМС: 86 (44,6%) пациентам применялся метод Исмагилова А. Х., способ М. Nava — 69 (35,7%) пациентов, и метод В. Seckel — 38 (19,7%) пациентов. Эффективность применения методов формирования ИМС определялась измерением торако-маммарного угла (Т-М угла). Для оценки качества жизни (КЖ) пациентов до и после операции применялся специализированный опросник КЖ Breast Q.

Результаты. В ходе исследования реконструкция тупого угла потребовалась 32 (16,6%) пациентам, то есть тем женщинам, у которых отсутствует птозирование тканей здоровой молочной железы. Согласно полученным данным, во всех группах у пациентов был достигнут результат, соизмеримый со здоровой молочной железой ($p > 0,05$).

У 161 (83,4%) пациентки присутствовало опущение тканей груди различной степени выраженности. У данной категории пациентов наибольшая эффективность формирования Т-М угла наблюдалась в группе применения метода Исмагилова А. Х. (90,5% случаев) ($p < 0,05$), что позволило реконструировать ИМС с острым Т-М углом, соизмеримо контралатеральной стороне.

Оценивая КЖ пациентов, достоверной разницы по шкалам Psychosocial Well-being (психосоциальное благополучие), Sexual Well-being (сексуальное благополучие), Physical Well-being Chest (физическое благополучие в отношении молочной железы) в группах исследования не наблюдается ($p > 0,05$). По шкале Satisfaction with Breasts (удовлетворенность реконструированной грудью) результаты в группе метода Исмагилова А. Х. были достоверно лучше, чем в группах сравнения ($p < 0,05$), что свидетельствует о повышении КЖ пациентов при проведении реконструкции груди с применением данного способа восстановления ИМС.

Выводы. Таким образом, наибольшая эффективность формирования острого Т-М угла наблюдается при применении способа восстановления ИМС по методике Исмагилова А. Х., позволяющего в 90,5% случаев реконструировать птозированную форму молочной железы, что достоверно выше относительно групп сравнения ($p < 0,05$). К тому же применение метода формирования ИМС Исмагилова А. Х. привело к достоверному улучшению КЖ пациентов относительно групп сравнения ($p < 0,05$), что обусловлено улучшением эстетических результатов реконструкции молочной железы, относительно групп сравнения.

Добров В. С., Исмагилов А. Х., Камалетдинов И. Ф.

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЭКСТРУЗИИ ИМПЛАНТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДВУХЭТАПНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

КГМА — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Введение. Восстановление молочной железы при проведении двухэтапной реконструкции позволяет сформировать мягкотканый карман за счет экспандерной дерматензии на первом этапе с последующей установкой импланта на втором. Эндопротез за счет своего веса и объема оказывает давление на окружающие ткани, что повышает риски расхождения послеоперационной раны и экстррузии импланта. Таким образом, ушивание операционной раны является важным этапом операции, грамотное выполнение которого позволяет проводить профилактику экстррузии эндопротеза и его удаления.

Цель. Профилактика возникновения экстррузии импланта при проведении второго этапа реконструкции груди за счет разработки нового метода надежного укрытия эндопротеза и его изоляции от кожной раны.

Материалы и методы. В ходе исследования проведен анализ существующих методов профилактики экстррузии импланта и оценена эффективность их применения, что позволило выявить преимущества и недостатки их использования, необходимых для разработки нового способа ушивания раны при проведении второго этапа реконструкции молочной железы.

Результаты. В ходе проведенной исследовательской работы разработан и внедрен в практическую деятельность новый оригинальный метод надежного укрытия эндопротеза и его изоляции от кожного рубца после проведения второго этапа реконструкции груди. При применении данного метода у 53 пациентов случаев развития экстррузии эндопротеза не наблюдалось.

Выводы. Разработанный способ ушивания послеоперационной раны, позволяющий провести надежное укрытие эндопротеза и изоляцию его от кожного рубца, является технически простым и эффективным методом профилактики экстррузии импланта при проведении второго этапа реконструкции груди.

Седаков И. Е., Аль Баргути Р. А., Садрицкая Я. В., Кульков С. К.

ЛОКАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ НА ФОНЕ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. Несмотря на успехи ранней диагностики рака молочной железы (РМЖ), по-прежнему остается значительной доля местнораспространенных форм (T4a-dN1-3M0). Лечение этой группы пациенток начинается с химиотерапии, с последующим выполнением оперативного лечения. В Республиканском онкологическом центре им. проф. Г. В. Бондаря разработана методика селективной внутриартериальной полихимиотерапии (СВАПХТ), дополненная локальной электромагнитной гипертермией (ЛЭМГТ).

Цель. Повысить эффективность лечения больных местнораспространенным РМЖ путем применения локальной электромагнитной гипертермии на фоне селективной внутриартериальной полихимиотерапии.

Материалы и методы. В исследование вошли 124 пациентки с местнораспространенным РМЖ (МРР-МЖ), проходившие лечение с 2010 по 2020 гг. в РОЦ им. проф. Г. В. Бондаря. Исследуемую группу составили 65 пациенток с МРРМЖ T4a-dN1-3M0, которым на неоадъювантном этапе проводилась ЛЭМГТ в сочетании с СВАПХТ. Контрольную группу составили 59 пациенток с МР РМЖ T4a-dN1-3M0, которым на неоадъювантном этапе проводилась СВАПХТ. СВАПХТ проводили путем селективной катетеризации внутренней грудной артерии, кровоснабжающей зону опухолевого поражения молочной железы. Проводилось 4–8 циклов предоперационной полихимиотерапии (ПХТ). Для СВАПХТ применялась разработанная в клинике схема ПХТ с внутриартериальным введением схемы CMF или CAMF: циклофосфамид 500 мг/м²; 5-фторурацил — 500 мг/м²; метотрексат — 50 мг/м²; внутривенным введением доксорубицина 50 мг/м² в зависимости от биологических свойств опухоли. Через 30 минут после начала введения цитостатиков проводили сеанс ЛЭМГТ на протяжении 30 минут. Интервал между циклами составлял 3 недели.

Результаты. У 9 (13,8%) пациенток отмечался полный ответ опухоли (Complete Response), частичный ответ (Partial Response) был зафиксирован у 39 (60%) больных, еще у 13 (20%) была определена стабилизация заболевания (Stable Disease) и только у 4 (6,2%) пациенток — прогрессирование (Progressive Disease). В 76,9% случаев (у 50 больных) опухоль была переведена в резектабельное состояние. Оценивалась степень лечебного патоморфоза по Г. А. Лавниковой: 1 степень лечебного патоморфоза составила 18% случаев (9 пациенток), 2 степень была определена в 26% случаев (13 больных), 3 степень — в 38% случаев (19 пациенток) и в 18% случаев (9 больных) выявлена 4 степень.

Выводы. Таким образом, у больных с МРРМЖ использование СВАПХТ в сочетании с локальной магнитотермией позволило получить достоверно лучший локальный противоопухолевый эффект, увеличить частоту выполнения радикальных операций и достоверно улучшить результаты лечения.

Седаков И. Е., Садрицкая Я. В., Бутенко Е. В., Рогалев А. В., Кульков С. К.
**ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОК С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПЛЕВРИТОМ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. Исследование качества жизни — уникальный подход, изменивший традиционный взгляд на проблему болезни и больного. Качество жизни является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости.

Цель. Оценить качество жизни пациенток с метастатическим плевритом при раке молочной железы, получающих селективную внутриартериальную и системную внутривенную химиотерапию.

Материалы и методы. В исследование вошли 146 пациенток, проходивших лечение в РОЦ им. проф. Г. В. Бондаря в период 1995–2015 гг. Рак молочной железы верифицирован иммуногистохимическим (ИГХИ), гистологическим и цитологическим исследованиями, метастатический плеврит подтвержден цитологически. Сформировано 2 группы: исследуемая группа — пациентки, получающие селективную внутриартериальную полихимиотерапию (СВПХТ) методом селективной доставки химиопрепаратов в бассейн внутренней грудной артерии (n=61), контрольная группа — пациентки, получающие системную внутривенную химиотерапию (ХТ) в сочетании с плевродезом (n=85). Для изучения качества жизни выбран опросник, разработанный группой оценки качества жизни Европейской организации исследования и лечения рака — European Organisation for Research and Treatment Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30 (EORTC QLQ-C30). Оценивали показатели пяти функциональных шкал: физическое, ролевое, когнитивное, эмоциональное и социальное благополучие. Анкетирование проводилось до начала лечения и после каждого цикла химиотерапии. Показатели качества жизни до проведения лечения в обеих группах статистически значимо не отличались. Следует обратить внимание на низкие показатели физической, социальной и психоэмоциональной активности в обеих группах до проведения лечения.

Результаты. В исследуемой группе наблюдалось последовательное улучшение показателей функциональных шкал. Статистически значимо возросли показатели следующих шкал: «Физическая активность» — 66,2 (64,27; 68,02), (p<0,001), «Эмоциональная активность» — 65,7 (63,13; 68,18), (p<0,001) и «Социальная активность» — 65,8 (63,70; 67,94), (p<0,001), умеренно улучшились показатели шкал «Когнитивная активность» — 62,4 (60,91; 63,85), (p<0,02) и «Ролевая активность» — 62,9 (61,44; 64,30), (p<0,005). В свою очередь пациентки группы сравнения показали худшие показатели, статистически значимое увеличение шкал «Физическая активность» мы наблюдали только при сравнении показателей после первого и после третьего цикла (p<0,04), «Ролевая активность» до лечения и после третьего цикла (p<0,02), «Эмоциональная активность» лишь при сравнении показателей до лечения и второго цикла (p<0,0004), до лечения и после третьего цикла (p<0,0001), показатель «Социальная активность» статистически значимо последовательно улучшался, кроме сравнения показателей после второго и третьего циклов. Неудовлетворительные результаты показали шкалы «Когнитивная активность» — 55,7 (54,13; 57,16) и «Ролевая активность» — 56,4 (54,87; 57,84), чьи показатели к окончанию циклов химиотерапии лишь ухудшились, так и не достигнув своих значений до начала специализированного лечения.

Выводы. Таким образом, применение селективной внутриартериальной полихимиотерапии позволило статистически значимо повысить функциональные показатели качества жизни пациенток. Следует отметить, что лучшие показатели качества жизни наблюдались в исследуемой группе и коррелировали с лучшими результатами лечения.

АНАЛИЗ РАННИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенным видом рака у женщин во всем мире. В настоящее время от 30 до 60% пациенток при первичном обращении за медицинской помощью имеют местно-распространенный процесс, а также, учитывая первично-системный характер клинического течения рака молочной железы, необходимость неоадьювантной полихимиотерапии. Терапия рака молочной железы является сложным процессом и включает в себя сочетание различных методов, включая хирургическое вмешательство, лучевую терапию, химиотерапию, гормональную терапию, проводимую в различных последовательностях.

Цель. Оценить и проанализировать ранние токсические реакции сердечно-сосудистой системы при неоадьювантной терапии рака молочной железы.

Материалы и методы. В РОЦ им. проф. Г. В. Бондаря в период с января 2021 г. по июль 2022 г. проспективно была проведена оценка ранней кардиотоксичности неоадьювантной терапии у 198 пациенток в возрасте от 24 до 67 лет (средний возраст $46,4 \pm 11,8$ лет) со злокачественным заболеванием молочной железы IIA-IIIС стадий. Было проведено 4 курса неоадьювантной терапии по схеме «АС» (доксорубицин 60 мг/м^2 в\в в 1-й день + циклофосамид 600 мг/м^2 в\в в 1-й день). Анализировались результаты исследований, отражающих изменение состояния сердечно-сосудистой системы: ЭКГ и ЭхоКГ. Оценка динамики показателей была проведена до начала терапии, через 1, 3 и 6 месяцев после ее начала.

Результаты. Максимальные изменения показателей наблюдались на 3-м месяце проводимого лечения. Во время проведения курсов химиотерапии был зафиксирован прирост значений частоты сердечных сокращений (ЧСС) к 3-му месяцу: от $74,8 \pm 1,93$ до $79,7 \pm 2,15$ уд./мин. ($p > 0,05$). Также, к 3-му месяцу проводимой терапии средняя продолжительность интервала QT уменьшилась относительно исходного значения: от $0,369 \pm 0,004$ до $0,361 \pm 0,006$ с ($p > 0,05$). В то же время, к 6-му месяцу на фоне уменьшения ЧСС появляется тенденция к удлинению $QT = 0,387 \pm 0,005$ с ($p > 0,05$). Принято считать последствием кардиотоксического действия на сердце снижение ФВ ЛЖ более 10% от исходного уровня или любое снижение менее 50%. За весь период наблюдения показатели ФВ ЛЖ несколько снижались в течение 1-го месяца терапии с последующим увеличением к 3-му месяцу (до начала терапии $63,9 \pm 1,22\%$, через 1 мес. — $62,9 \pm 0,98\%$, к 3 мес. — $65,8 \pm 1,12\%$ ($p > 0,05$). Конечная оценка ФВ ЛЖ через 6 месяцев незначительно отличалась от первоначальных значений ($64,2 \pm 1,10\%$). По показаниям эхокардиографии конечные систолический (КСР) и диастолический (КДР) размеры ЛЖ незначительно уменьшались в течение наблюдения (КСР: $27,4 \pm 0,62$ мм; $26,5 \pm 0,80$ мм; КДР: $44,5 \pm 0,83$ мм, $42,5 \pm 0,67$ мм ($p > 0,05$) до начала лечения и через 6 мес. соответственно). Оценка показателей размера правого желудочка (ПЖ) (до начала лечения $28,3 \pm 0,11$ мм) и среднего давления в легочной артерии (до начала лечения $20,8 \pm 1,55$ мм рт. ст.) не выявило значительных изменений: через 6 мес. терапии показатели составили $23,5 \pm 0,06$ мм и $19,4 \pm 1,33$ мм рт. ст. соответственно ($p > 0,05$).

Выводы. Рак молочной железы остается одной из основных причин смерти от рака среди женщин во всем мире. Одной из основных причин заболеваемости и смертности в этой группе больных остаются сердечно-сосудистые заболевания, обусловленные современной онкологической терапией. Методы диагностики, применяющиеся в реальной клинической практике на сегодняшний день, не позволяют выявить ранних признаков повреждения миокарда. В связи с этим крайне необходимо проводить полноценную программу скрининга для раннего выявления любых нарушений сердечно-сосудистой системы среди этой группы высокого риска.

РАК ЖЕЛУДКА

Кочеткова С. Е., Киселева А. Э., Быков И. И., Решетов И. В.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ *CDH1*, *MLH1* И ЭКСПРЕССИИ ГЕНА *MMP7* ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИФфуЗНОГО РАКА ЖЕЛУДКА

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского

Введение. На 2021 г. рак желудка занимает 5 место по заболеваемости по статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Выявляемость заболевания низкая из-за отсутствия ежегодного скрининга пациентов. С развитием персонализированной медицины метод определения молекулярно-генетической особенности опухолевого процесса у отдельно взятого индивида может стать основным в стратегии лечения больных раком желудка.

Цель. Расширить представление о возможности использования метилирования генов *CDH1*, *MLH1* и экспрессии гена *MMP7* для определения хирургической тактики ведения пациентов, больных спорадическим диффузным раком желудка.

Материалы и методы. Обследовали 156 пациентов, проходивших лечение в клинике кластерной онкологии Сеченовского Университета и ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского с диагнозом «рак желудка». Критерии отбора: пациенты старше 18 лет, с установленным диагнозом — спорадический диффузный рак желудка по классификации Лаурена, которым была выполнена или гастрэктомия, или резекция желудка с лимфодиссекцией. В контрольную группу включено 50 человек с желчекаменной болезнью, не имеющих рака желудка. У всех пациентов производилась эндоскопическая биопсия опухоли желудка и забор плазмы крови. Во всех образцах проводилось метилирование генов *CDH1*, *MLH1* и экспрессии гена *MMP7*. Определение аномального метилирования генов *CDH1*, *MLH1* проводилось методом метил-чувствительной ПЦР с использованием метил-чувствительной рестриктазы HpaII. Исследование экспрессии генов *MMP7* проводили с помощью метода ПЦР с обратной транскрипцией. Нуклеотидные последовательности генов были взяты из базы данных GenBank. Проведен анализ корреляции уровней исследуемых молекулярных маркеров с основными клиническими показателями и морфологическими характеристиками опухоли желудка.

Результаты. Не было обнаружено связи между метилированием *MLH1*, экспрессией *MMP7* с полом, возрастом, размером опухоли, дифференцировкой опухоли, метастазированием в лимфатические узлы и стадией TNM. Частота метилирования генов *CDH1*, *MLH1*, экспрессия *MMP7* возрастают с увеличением размера опухоли. Общая выживаемость была выше в неметилированной группе *MLH1* по сравнению с метилированной группой *MLH1* (log-rank, $p = 0,046$). Уровни гиперметилирования *CDH1* и повышение экспрессии *MMP7* из опухоли слизистой оболочки желудка значительно выше по сравнению с нормальной слизистой оболочкой желудка.

Выводы. Гиперметилирование *CDH1* и *MLH1* и повышение экспрессии *MMP7* достоверно коррелирует с риском развития рака желудка, данные маркеры целесообразно использовать на ранних стадиях заболевания.

Миронова Д. Ю., Скоропад В. Ю.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ИНДУКЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ХИМИОЛУЧЕВЫМ ЛЕЧЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА

ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Введение. Рак желудка занимает 6-е место по заболеваемости и 2-е место по смертности среди всех онкологических локализаций. Более 50% пациентов с впервые диагностированным заболеванием имеют местно-распространенный процесс, требующий комбинации методов лечения. Периоперационная химиотерапия по схеме FLOT на сегодняшний день — стандарт лечения данной когорты больных, однако показатели выживаемости по-прежнему остаются неудовлетворительными.

Цель. Произвести оценку безопасности неoadъювантной терапии: 2 курсов химиотерапии по схеме FLOT с последующим курсом конкурентной лучевой терапии до СОД — 46 Гр (на фоне химиотерапии препаратами капецитабин и оксалиплатин) у пациентов с местно-распространенным раком желудка.

Материалы и методы. В период с 2019 по 2021 год в МРНЦ им. А. Ф. Цыба пролечено 47 пациентов с местно-распространенным раком желудка. Методика включала проведение 2 индукционных курсов химиотерапии по схеме FLOT с последующим курсом 3D-конформной химиолучевой терапии (РОД — 2 Гр, СОД — 46 Гр) на фоне химиотерапии препаратами капецитабин и оксалиплатин. Токсичность оценивалась по критериям токсичности NCI CTCAE версии V5.0. Медиана возраста пациентов — 61 год (от 40 до 75 лет), из них 26 мужчин (55,3%). В 32 случаях был статус ECOG 0, в 15 — ECOG 1. Распределение по гистологическому подтипу: высокодифференцированная аденокарцинома — 7 пациентов, умереннодифференцированная — 13, низкодифференцированная — 23, перстневидно-клеточный вариант — 4. У 19 человек опухоль локализовалась в верхней трети желудка, у 13 — в средней трети и у 14 — в нижней трети, у 1 пациента — тотальное поражение желудка. Распределение по стадиям было следующее — стадия IIB — 18 человек, стадия III — 27 человек, IVA — 2 человека.

Результаты. На фоне 2 курсов индукционной химиотерапии по схеме FLOT, токсичность отмечена у 10 человек (21,2%), из которых токсичность 3–4 степени (гематологическая), требующая дополнительных методов воздействия, была у 5 пациентов (10,1%), токсичности 3–4 степени со стороны желудочно-кишечного тракта не зафиксировано. 1 пациент (2,1%) отказался от дальнейшего лечения в связи с гематологической токсичностью 3 степени. Он был радикально прооперирован в объеме гастрэктомии с лимфодиссекцией D2. Таким образом, 46 пациентов (97,8%) приступили к химиолучевому лечению, из которых токсические реакции наблюдались у 44 человек (95,6%) и, в большинстве случаев, не превышали 2 степени. Нежелательные гематологические явления 3–4 степени зафиксированы у 5 пациентов (11%) и проявлялись в основном в виде лейкопении и нейтропении. Гастроинтестинальная токсичность 3–4 степени, проявляющаяся в основном в виде тошноты, рвоты и диареи, отмечена у 11 пациентов (24%). У 2 пациентов (4,3%) зафиксирована печеночная токсичность 3 степени (элевация ферментов). В 1 случае пациент не завершил курс химиолучевой терапии, вследствие токсичности 4 степени. Таким образом, 45 пациентов (95,7%) завершили химиолучевой компонент и были прооперированы в радикальном объеме.

Выводы. Проведение 2 индукционных курсов химиотерапии по схеме FLOT с последующей химиолучевой терапией (РОД — 2 Гр, СОД — 46 Гр) на фоне химиотерапии препаратами капецитабин и оксалиплатин является безопасным методом лечения и сопровождается умеренной токсичностью.

Бабакова Е. В., Салимов З. М., Колобаев И. В., Скоропад В. Ю., Рябов А. Б.

ЕСТЬ ЛИ АЛЬТЕРНАТИВА «БОЛЬШОЙ» РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РЕЦИДИВНОМ РАННЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСГАСТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Введение. Лапароскопическая «хирургия стенки желудка» — вариант хирургического лечения пациентов с подслизистыми опухолями желудка. При раннем раке желудка без инвазии в подслизистый слой стандартом радикального лечения является эндоскопическая резекция слизистой с диссекцией подслизистого слоя (ESD). Однако в случае местного рецидива раннего рака, по причине фиброзного процесса, проведение ESD затруднительно. В таком случае, при противопоказаниях к гастрэктомии/субтотальной резекции, правомочной альтернативой может служить проведение лапароскопической трансгастральной резекции стенки желудка с опухолью.

Цель. Определить альтернативу гастрэктомии/субтотальной резекции желудка при рецидивном раннем раке желудка у пациента с отягощенной сопутствующей патологией.

Материалы и методы. У пациента М., 70 лет, с выраженной сопутствующей патологией, по поводу раннего рака тела желудка (аденокарцинома, G2) в октябре 2020 г. выполнена фотодинамическая терапия (ФДТ). При контрольном обследовании в апреле 2021 г. диагностирован местный рецидив (инвазия в поверхностные экслои подслизистого слоя). От проведения ESD решено воздержаться (фиброзные изменения после ФДТ).

Результаты. 26.04.2021 г. проведена хирургическая операция — лапароскопия трансгастральная полнослойная резекция опухоли желудка. Длительность операции составила 185 мин., кровопотеря — 100 мл, послеоперационных осложнений не отмечено. Дренаж удален на 2-е сутки. Разрешено пить с первых суток. Пациент выписан на 4-й день. При контрольном обследовании через 9 мес. после операции — без признаков рецидива заболевания.

Выводы. Лапароскопическая трансгастральная резекция является осуществимой и транслируемой методикой удаления внутрипросветных опухолей желудка. Данное пособие обеспечивает наилучший обзор зоны хирургического интереса, что повышает безопасность и радикальность операции. В случае рецидива раннего рака желудка без регионарных и отдаленных метастазов возможно проведение лапароскопической трансгастральной резекции опухоли стенки желудка.

Седаков И. Е., Коктышев И. В., Заика А. Н., Глотов А. В., Шевцов А. А., Федченко М. П.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАЛЛИАТИВНЫХ ГАСТРЭКТОМИЙ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. Злокачественные новообразования желудка являются одними из самых распространенных злокачественных опухолей человека. Неутешительным остается прогноз экспертов ВОЗ, онкологическая заболеваемость во всем мире возрастет к 2050 г. до 24 млн. случаев, а смертность — до 16 млн. ежегодно регистрируемых случаев. В связи с этим, особую актуальность приобретает проблема хирургического лечения запущенных форм рака желудка, частота которого среди всех вновь выявленных больных данной нозологической единицей колеблется, по данным разных авторов, от 20 до 60%.

Цель. Изучить отдаленные результаты паллиативного хирургического лечения рака желудка в зависимости от статистически значимых факторов для прогнозирования исходов лечения.

Материалы и методы. В основу данного нерандомизированного ретроспективного исследования положены результаты паллиативного хирургического лечения 419 пациентов с диссеминированным РЖ, находившихся на стационарном лечении в Республиканском онкологическом центре им. проф. Г.В. Бондаря за период с 1987 по 2020 гг. Проводился многофакторный статистический анализ влияния переменных на выживаемость пациентов, проработано 220 факторов, для каждого из них рассчитывали отношение риска с 95% доверительным интервалом. Достоверность различий определялась с помощью критерия Стьюдента;

различия между группами считались достоверными при $p < 0,05$. Были отобраны статистически значимые переменные, на основе которых построена модель прогнозирования выживаемости после паллиативных гастрэктомий. Исходя из проведенного исследования и оценки эффективности хирургического лечения распространенного рака желудка рассмотрены причинно-следственные связи (методом многомерной статистики (метод бинарной логистической регрессии)), установлены прогностические факторы, влияющие на выживаемость пациентов после паллиативных гастрэктомий.

Результаты. Всем пациентам, в зависимости от локализации и распространенности опухоли, были выполнены паллиативные ГЭ, 146 ($34,8\% \pm 2,3$) из них выполнены комбинированные оперативные вмешательства. Средний возраст оперированных пациентов составил 57 (32–82 года), соотношение мужчин и женщин 1,6: 1 (мужчин — 248, женщин — 171). На дооперационном этапе у 340 ($81,1\% \pm 1,9$) пациентов были диагностированы лимфогенные метастазы, у 262 ($62,5\% \pm 2,3$) — отдаленные метастазы. М1 чаще наблюдались в печень — 82 ($31,3\% \pm 2,9$), 72 — в брюшину ($27,5\% \pm 2,8$), забрюшинные лимфатические узлы — у 56 ($21,4\% \pm 2,5$), большой сальник — в 12 ($4,6\% \pm 1,3$). До операции наблюдались осложнения у 141 ($33,6\% \pm 2,3$) пациента. Продолжительность операции варьировала от 100 минут до 355. Опухоль желудка, в основном, локализовалась в средней трети желудка — 96 ($22,9\% \pm 2,1\%$), нижней трети — 73 ($17,4\% \pm 1,8$) и субтотальное поражение — 86 ($20,5\% \pm 1,9$). Интраоперационные осложнения отмечены у 60 ($14,3\% \pm 1,7$) больных, кровопотеря у 363 ($86,6\% \pm 1,6$) пациентов. По данным гистологического исследования операционного материала (R0) резекциями были признаны 227 ($54,2\% \pm 2,4$) хирургических вмешательств, у 192 ($45,8\% \pm 2,4$) пациентов (R1). Гистологическая структура большинства опухолей желудка была представлена аденокарциномой различной степени дифференцировки — 217 ($51,7\% \pm 2,4$). Перстневидно-клеточный рак был выявлен у 50 пациентов ($11,9\% \pm 1,5$), и недифференцированный рак — у 67 ($15,9\% \pm 1,7$). Выживаемость пациентов оценивалась по показателям трех- и пятилетней выживаемости, рассчитанной методом Kaplan-Meier, соответственно, показатели составили 34,5% и 22,5%. Средняя продолжительность жизни за период наблюдения — 21,3 месяца. С помощью полученных в исследовании данных, методом многомерной статистики (метод бинарной логистической регрессии) изучались причинно-следственные связи, и устанавливалась роль прогностических факторов риска, влияющая на выживаемость пациентов с РЖ перенесших паллиативную гастрэктомию. Результаты исследования были подвергнуты статистическому анализу и математической обработке данных с использованием Logistic Regression Statistica 7.0. По итогам расчетов в прогностические модели бинарной логистической регрессии включено 4 признака для мужского пола — фактора риска для развития неблагоприятного исхода. А именно — R0/R1 резекции, наличие осложнений до операции, кровопотеря, наличие интраоперационных осложнений. Для женского пола включено 5 признаков — R0/R1 резекции, наличие осложнений до операции, кровопотеря, экстирпация матки с придатками, наличие интраоперационных осложнений. Оценку прогностической эффективности модели осуществляли при помощи анализа ROC-кривых, с вычислением показателя площади под ROC-кривой, называемый AUC (Area Under Curve). Была изучена дискриминирующая способность математической модели (диагностические характеристики): для мужского пола: чувствительность — 68,1%; специфичность — 56,3%; эффективность — 62,2%, прогностическая ценность положительного результата — 91,3%. Для женского пола: чувствительность — 61,4%; специфичность — 60,0%; эффективность — 60,7%, прогностическая ценность положительного результата — 98,1%. Все полученные диагностические характеристики достаточно высокие, поэтому эту модель можно использовать как диагностический тест. Полученная нами бинарная логистическая регрессия, является клинически адекватной и работоспособной математической моделью для индивидуального прогноза выживаемости после паллиативных гастрэктомий.

Выводы. Паллиативные оперативные вмешательства у больных ЗНО желудка, следует считать оправданными, так как увеличивается продолжительность и качество жизни больных с запущенным раком желудка. Средняя продолжительность жизни пациентов за период наблюдения, рассчитанная методом Kaplan-Meier, составила 21,3 месяца. Данные математические модели могут быть использованы с целью прогнозирования выживаемости после паллиативных ГЭ. Использование моделей позволит повысить точность прогноза у мужчин и женщин. Коэффициенты модели могут быть уточнены при поступлении дополнительных данных.

Седаков И. Е., Заика А. Н., Шевцов А. А., Глотов А. В., Федченко М. П.

НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ЭНДОЛИМФАЛЬНАЯ ХТ 5-ФТОРУРАЦИЛОМ ПРИ РЖ У ОСЛАБЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. Улучшение отдаленных результатов лечения больных раком желудка связано с проведением неоадьювантной и периоперационной химиолучевой терапии. Во всем мире чаще всего используется неоадьювантная и периоперационная химиотерапия по схеме FLOT, но, как известно, многие больные не могут полностью пройти 4 курса до операции и, тем более, 4 курса после операции, из-за токсичности химиопрепаратов, сопутствующей патологии, осложнений опухолевого процесса.

Цель. Оценить эффективность и переносимость схемы неоадьювантного курса эндолимфатического введения 5-фторурацила.

Материалы и методы. В период с мая 2017 г. по декабрь 2021 г. нами было включено в исследование 52 пациента с местно-распространенным раком желудка — и 3 из них все имели сопутствующие заболевания. Чаще всего у 80% встречались сердечно-сосудистые заболевания. У 60% были комбинации из нескольких сопутствующих заболеваний. Всем проведен курс неоадьювантной ХТ, который включал в себя ежедневное э/л введение 5-фторурацила в дозировке 750 мг/м² в течение 5 дней, на 6–7 день проводилось оперативное лечение. Все 100% перенесли курс неоадьювантной химиотерапии удовлетворительно. Из них у 59% была 0 ст. побочного действия противоопухолевых препаратов. У 41% — 1 ст., которая проявлялась тошнотой, небольшим снижением уровня лейкоцитов, не требующих коррекции лечением.

Результаты. После проведения НАХТ и оперативного лечения мы изучали лечебный патоморфоз по Беккеру и проводили рестадирование процесса по данным КТ, ЭндоУЗИ, гистологического ответа. По данным исследования лечебный патоморфоз по Беккеру распределился следующим образом: I b st — 5 пациентов, II st — 21 пациент, III st — 26 пациентов, но несмотря на такой не совсем хороший результат, по сравнению с мировыми данными применения схемы FLOT, мы имели хорошие результаты при рестадировании опухоли. Так, у 8 пациентов с III st и у 8 пациентов со II st после проведенного лечения по данным КТ и гистологического ответа стадия была рестадирована в первую, что говорит о хорошем результате лечения. Также о хорошем эффекте свидетельствует и 3-х летняя выживаемость, которая составила 67%.

Выводы. Проведение периоперационной э/л х/т 5-фторурацилом доказывает свою эффективность. 3-х летняя выживаемость составила 67%. Может использоваться у ослабленных больных, которым невозможно провести FLOT. Внутрелимфатическая химиотерапия рака желудка нуждается в дальнейшем изучении.

Седаков И. Е., Семикоз Н. Г., Пивоваров Р. А., Бондарь А. В., Антипов В. Н.

МАСЛЯНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. В последнее время в лечении больных нерезектабельным первичным и метастатическим раком печени стали применяться методы интервенционной радиологии. Они обладают рядом преимуществ по сравнению с системной химиотерапией. Введение препарата непосредственно в артериальное русло печени и метастатических узлов позволяет достигнуть локально терапевтической концентрации при значительно меньшем общем объеме лекарственного средства.

Цель. Оценить эффективность масляной химиоэмболизации печеночной артерии (МХЭПА) при первичном и метастатическом раке печени.

Материалы и методы. С января 2017 г. по декабрь 2020 г. МХЭПА применена у 46 пациентов в возрасте от 24 до 72 лет. Из них 16 (35%) мужчин и 30 (65%) женщины. Из них у 11 (24%) установлен первичный рак печени, у остальных 35 (76%) пациентов установлено метастатическое поражение печени. По локализации первичного процесса, пациенты распределены: в 17 (36%) — КРР, рак молочной железы — в 7 (15%), опухоли панкреатодуоденальной зоны — в 6 (2%), рак матки — в 2 (6%), карциноид — в 2 (6%), рак желудка — в 1 (3%) случаях. Во всех 46 случаях, диагноз был подтвержден гистологически. Всем пациентам выполнялась селективная ангиография трансфеморальным доступом по стандартной методике. Затем проводилась селективная катетеризация питающих сосудов и их химиоэмболизация суспензией Lipiodol + химиопрепарат. Всего выполнено 161 вмешательство. Каждому пациенту проведено от 2 до 6 МХЭПА.

Результаты. Непосредственные результаты проведенного лечения оценивали спустя 1, 6 и 12 месяцев после последней МХЭПА в соответствии с критериями RECIST. У всех больных первичным раком печени противоопухолевый эффект МХЭПА оказался частичным по истечении 4 недель. 1 пациент умер через 14 дней после 1 курса МХЭПА. В дальнейшем им проведены дополнительные курсы МХЭПА (3–4 всего). Непосредственная эффективность лечения у 35 (76%) больных с метастатическим поражением: 1 мес. — полный ответ в 2 (6%), частичный ответ в 16 (46%), стабилизация в 12 (34%), прогрессирование в 5 (14%) случаях; 6 мес. — полный ответ в 2 (6%), частичный ответ в 14 (40%), стабилизация в 10 (28%), прогрессирование в 7 (20%) случаях; летальные исходы 2 (6%); 12 мес. — полный ответ в 2 (6%), частичный ответ в 10 (28%), стабилизация в 10 (28%), прогрессия в 9 (26%) случаях; летальных исходов у 4 (11%).

Выводы. Методика МХЭПА относительно безопасна, хорошо переносится пациентами, по полученным нами данным, имеет высокую клиническую эффективность и может быть использована как компонент комплексного лечения, а также самостоятельно.

ОПУХОЛИ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Седаков И. Е., Антипов В. Н., Бондарь А. В., Коломиец К. С.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ИМ. ПРОФ. Г.В. БОНДАРЯ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. Рак поджелудочной железы — одна из самых сложных проблем в абдоминальной онкологии. Это обусловлено не только трудной диагностикой ранних стадий, агрессивностью самой опухолью, но и плохими результатами лечения данной категории больных.

Цель. Проанализировать результаты лечения больных раком поджелудочной железы в Республиканском онкологическом центре им. проф. Г.В. Бондаря.

Материалы и методы. За период с 2013 по 2023 гг. было выполнено 242 радикальных оперативных вмешательства. В зависимости от локализации опухоли, выполнялись следующие оперативные вмешательства: ПДР — 178 операций, дистальная резекция — 56, тотальная панкреатэктомия — 8.

Результаты. Мужчин было 97 (58,9%) и 65 (41,1%) женщин. Средний возраст составлял 61,4 года. В 92% случаев выявляли протоковую аденокарциному, в 4% — нейроэндокринный рак, в 2% — гастроинтестинальные стромальные опухоли, 2% — серозная цистаденокарцинома. Средняя продолжительность ПДР составляла 270 минут. Средняя кровопотеря — 385 мл. Послеоперационная летальность составила 3,1% (7 больных). Несостоятельность панкреатикодигестивного анастомоза возникла у 13 пациентов, при этом фистула типа В — у 15 пациентов, а фистула типа С — у 7 пациентов. 3 больным с фистулой типа С выполнена завершающая панкреатэктомия. У 3 пациентов несостоятельность осложнилась аррозивным кровотечением. Внутривентральный абсцесс выявлен у 5 пациентов, для санации которых выполнялось их дренирование под УЗИ-контролем. Кровотечение из гастроэнтероанастомоза зафиксировано у 5 пациентов, в 1 случае потребовалась релапаротомия. Наиболее частым осложнением являлся гастростаз — нарушение эвакуации из желудка. Сроки купирования этого осложнения варьировались от 5 до 29 дней и в среднем составляли 9 дней. Выполнена 31 резекция воротной вены. Из них тангенциальных — 13, циркулярных — 18 (с перевязкой селезеночной вены — 5, без перевязки — 3). Артериальная резекция нами выполнена в 3 случаях. У 2 пациентов выполнена циркулярная резекция чревного ствола при раке тела поджелудочной железы (модифицированная операция Appleby). У одной пациентки после циркулярной резекции левой печеночной артерии в области отхождения гастродуоденальной артерии потребовалась реконструкция последней посредством анастомозирования конец-в-конец. Мы применяли следующие виды панкреатоэнтероанастомозов: двухрядный анастомоз Бюхлера, анастомоз по Блумгарту, MUST, а также с 2018 года внедрили

панкреатогастроанастомоз. В целом, данные методики зарекомендовали себя достаточно надежными, технически простыми, однако не были лишены недостатков. В последующем, проанализировав полученные данные, мы начали применять свой следующий алгоритм: при наличии факторов риска возникновения несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза предпочтение отдаем формированию панкреатогастроанастомоза. По данной методике прооперировано 87 пациентов. При нормальной, фиброзной железе формируем панкреатоеюноанастомоз. Данный дифференцированный подход позволил снизить послеоперационную летальность до 2%, а количество послеоперационных фистул, фистулы типа С — не было. Из пролеченных больных, выписанных после выполнения ГПДР, отдаленные результаты удалось проследить у 48,2%. Выживаемость при раке головки поджелудочной железы была следующей: 1 год — 83%, 2 года — 46%, 3 года — 16%, 4 года — 11%, 5 лет — 8%. Медиана выживаемости составила 22 месяца.

Выводы. Приводимые данные свидетельствуют об актуальности проблемы и необходимости централизации оказания помощи пациентам с раком поджелудочной железы в профильных центрах, обладающих широкими диагностическими и лечебными возможностями.

ПЕРВИЧНЫЙ И МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ РАК ПЕЧЕНИ

*Звездкина Е. А., Кедрова А. Г., Лебедев Д. П., Астахов Д. А., Греян Т. А., Степанова Ю. А.,
Панченков Д. Н.*

РАННИЕ И ОТСРОЧЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННО НАСЫЩАЕМЫМИ МИКРОСФЕРАМИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПЕЧЕНИ

ФГБУ «Государственный научный центр лазерной медицины им. О. К. Скобелкина Федерального медико-биологического агентства»

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий» ФМБА

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» МЗ РФ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А. В. Вишневского» МЗ РФ

Введение. Для лечения нерезектабельных опухолей печени успешно применяются методы трансартериальной химиоэмболизации. Однако это гетерогенная группа методов, и осложнения для отдельных ее вариантов, в частности химиоэмболизации лекарственно насыщаемыми микросферами, системно не изучались.

Цель. Изучить ближайшие и отсроченные осложнения трансартериальной химиоэмболизации (ТАХЭ) лекарственно насыщаемыми микросферами в лечении нерезектабельных опухолей печени.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы результаты 102 ТАХЭ, выполненных 65 пациентам с нерезектабельными метастазами в печени, 10 пациентам — с нерезектабельными первичными опухолями печени. Всего было выполнено 75 первичных, 27 повторных ТАХЭ. Результаты оценивались с помощью компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) с внутривенным контрастированием, выполненной не позднее 14 дней до ТАХЭ, через 8–9 нед. и 16–17 нед. после ТАХЭ. Для выполнения ТАХЭ использовались лекарственно насыщаемые микросферы Нера Sphere (производства Merit Medical, Франция) диаметром 50–100 мкм, с рабочими размерами после насыщения 200–400 мкм. Виды и дозировка цитостатика рассчитывались в зависимости от типа опухоли и распространенности поражения печени.

Результаты. Самым частым осложнением был холецистит, развившийся в 23% случаев. Патология выявлялась отсрочено, начиная с 8–9 недели, выглядела как слоистость стенки желчного пузыря и ее патологическое контрастирование. В динамике через 6 месяцев отмечалось формированием мелких конкре-

ментов в просвете или отграниченные жидкостные скопления в области дна желчного пузыря. Ни в одном случае холецистит не влиял на соматическое состояние пациентов.

Самым тяжелым осложнением стал холангит (3% случаев). На 2–10 день после ТАХЭ появлялось локальное расширение желчных протоков в 1–2 сегментах. За 14–21 день процесс принимал полисегментарный характер, в 1 случае с формированием некроза печени, в 1 — абсцесса, в 1 — множественных внутривнутрипеченочных и поддиафрагмальных биллом. Все состояния были купированы, не привели к летальному исходу.

В 2% случаев развился панкреатит. Процесс проявился в первые 14 дней после ТАХЭ, у 1 пациента выглядел как отечный панкреатит, у 1 — острый интерстициальный панкреатит. Во всех случаях потребовалось специфическое лечение, процесс был купирован и не привел к летальному исходу.

Выводы. Было установлено, что трансартериальная химиоэмболизация лекарственно насыщаемыми микросферами имеет ближайшие и отсроченные осложнения. Самыми тяжелыми являются холангит и панкреатит (3% и 2% соответственно), развивающиеся в первые недели после ТАХЭ, отражающиеся на соматическом состоянии и требующие специфического лечения. Самое частое осложнение — холецистит (23%) — развивается отсрочено, не влияет на соматическое состояние пациентов и не требует специфической терапии.

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

Калмыкова Э. О., Ищенко Р. В.

ОЛИГОМЕТАСТАЗЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

ЦКБ «РЖД-Медицина»

Введение. Лечение олигометастатического колоректального рака (КРР) является важнейшей темой современной онкологии. При одномоментном удалении солитарных метастатических очагов в нескольких органах значительно повышается общая пятилетняя выживаемость. Хирургическое лечение не всегда представляется возможным в силу технической невозможности удаления метастатических очагов или отягощенного коморбидного статуса пациента, в связи с чем не теряет своей актуальности системная химиотерапия и локальные методы лечения. В настоящее время отсутствуют четкие рекомендации и алгоритмы лечения данных больных.

Цель. Повысить эффективность лечения больных с олигометастазами КРР.

Материалы и методы. В исследование включено 48 пациентов в возрасте от 36 лет до 76 лет, мужского (60,4%) и женского (39,6%) пола с первично диагностированным колоректальным раком и морфологически верифицированными олигометастазами. Первичная опухоль имела строение аденокарциномы G1 в 14 (29,2%) и G2 в 34 (70,8%) случаях. У 11 (22,9%) пациентов диагностировано олигометастатическое поражение двух органов: в 10 (20,8%) случаях — в печени и легких, в одном (2,1%) случае — в легких и брыжейке тонкой кишки. У 37 (77,1%) больных метастазы располагались в одном органе: у 26 (54,2%) больных — в печени, у 11 (22,9%) больных — в легких. В 14 (29,2%) случаях диагностирован один метастатический узел, в 17 (35,4%) случаях выявлено два метастаза, в 8 (16,7%) случаях — три метастаза, в 5 (10,4%) — четыре очага, в 4 (8,3%) — пять метастатических очагов. Медиана суммы наибольших диаметров олигометастатического поражения составила $44,5 \pm 0,7$ мм. Всем пациентам на первом этапе комплексного лечения выполнено удаление первичной опухоли, включая одномоментное удаление первичной опухоли и метастазов (R0) в 16 (33,3%) случаях. В 17 (35,4%) случаях выполнена химиоэмболизация печеночной артерии и радиочастотная абляция по поводу mts печени на фоне проведения системной химиотерапии. В 15 (31,3%) случаях лечение больных ограничилось проведением системной химиотерапии.

Результаты. В группе больных, которым проведено одномоментное удаление первичной опухоли и метастатических очагов, годовая, трех- и пятилетняя выживаемость составила 100%, 72,9% и 33,3% соответственно. В группе регионарного лечения годовая, трех- и пятилетняя выживаемость составила 100%, 39,6% и 25%. В группе системной химиотерапии — 100%, 41,7% и 14,6%. Медиана общей выживаемости умерших больных в первой группе составила $36,8 \pm 1,7$ месяцев, во второй группе — $20,7 \pm 2,4$ месяцев, в третьей — $14,0 \pm 0,5$ месяцев.

Выводы. Радикальное одномоментное удаление первичной опухоли и олигометастазов улучшает показатели безрецидивной и общей выживаемости. Применение локальных методов в лечении больных с олигометастатическим поражением могут являться вариантом выбора и дополнением к системной химиотерапии, что способствует получению лучших результатов. Однако, необходимо дальнейшее изучение представленного вопроса в рамках обширного рандомизированного исследования.

Бондаренко Н. В., Лисаченко И. И., Горбанчик В. Э.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИПРОСВЕТНОГО ЗОНДА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. В структуре онкозаболеваемости колоректальный рак в настоящее время занимает четвертое место среди наиболее часто встречающихся опухолей. Опухоли ободочной кишки составляют более 2/3 всех случаев колоректального рака. Хирургическое лечение остается основным методом лечения рака ободочной кишки, однако оно сопровождается большим количеством осложнений, основными из которых являются несостоятельность анастомоза и явления анастомозита. В связи с этим актуальным остается поиск способов, направленных на уменьшение непосредственных осложнений хирургического лечения.

Цель. Улучшить непосредственные результаты хирургического лечения больных раком ободочной кишки.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили результаты хирургического лечения 75 больных с раком ободочной кишки, которым был установлен внутрипросветный зонд в месте анастомоза в период с 2018 по 2022 годы. Возраст пациентов составил 48–76 лет. У 54 пациентов опухоль локализовалась в сигмовидной кишке, у 3 — в нисходящем отделе ободочной кишки, у 2 — в селезеночном изгибе, у 11 — в ректосигмоидном отделе. 19 случаев были осложнены частичной кишечной непроходимостью, 7 — параколическим абсцессом, 9 — дивертикулезом, 6 — гипертрофией приводящей кишки. 11 оперативных вмешательств имели паллиативный характер. Показаниями к применению внутрипросветного зонда являлись: дряблость тканей, наличие опухоли в левой половине ободочной кишки, гипертрофия приводящей кишки, дивертикулез, жирная брыжейка, десерозированные участки тонкой или ободочной кишки, явления ЧКН.

Результаты. По результатам данного исследования, из 75 пациентов, пролеченных в период с 2018 по 2022 годы с применением внутрипросветного зонда, несостоятельность наблюдалась только в 1 случае — у пациента 1962 г.р. с локализацией процесса в нисходящем отделе ободочной кишки, с множественными метастазами в печень до 5 см в диаметре, оперативное вмешательство имело характер паллиативной операции. В последующем этому пациенту была выведена трансверзостомы. У всех остальных пациентов наблюдался гладкий послеоперационный период.

Выводы. Применение внутрипросветного зонда в хирургическом лечении рака ободочной кишки значительно снижает количество послеоперационных осложнений.

Седаков И. Е., Золотухин С. Э., Полунин Г. Е., Хачатрян А. А.

ВАРИАНТЫ МОБИЛИЗАЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАСШИРЕННОЙ БРЮШНО-АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. На сегодняшний день тактика лечения колоректального рака у пациентов пожилого и старческого возраста (ППСВ) противоречива (Matsuoka H., et al., 2018), и остро стоит проблема несостоятельности анастомозов (Loon YT., et al., 2021). Низкая передняя резекция (НПР) является стандартной операцией при раке прямой кишки (ПК) (Шелыгин Ю. А. и соавт, 2016). Брюшно-анальная резекция (БАР) применяется

в том случае, если выполнить НПР невозможно, тем более что с онкологических позиций эта операция не вызывает нареканий (Нечай И. А., 2019) и соответствует результатам после НПР (Бондарь Г. В., и соавт., 1999)].

Цель. Оценить результаты лечения рака прямой кишки у пациентов пожилого и старческого возраста после различных вариантов мобилизации при выполнении расширенной брюшно-анальной резекции.

Материалы и методы. С 2001 по 2020 годы в Республиканском онкологическом центре (РОЦ) имени проф. Г. В. Бондаря проведено 30274 операции по поводу рака ПК. Общее количество брюшно-анальных резекций составило 3220 (10,6±0,2%). В исследование включены 206 случаев расширенной мобилизации ОК при выполнении БАР (РБАР), у ППСВ выполненных при сфинктерсохраняющих резекциях, ввиду недостаточной длины трансплантата для низведения. Лиц пожилого возраста (ПВ), 60–74 года, было 168 (81,6±2,7%), старческого возраста (СВ), 75–90 лет, — 38 (18,4±2,7%). Мужчин было 132 (64,1±3,3%), женщин — 74 (35,9±3,3%). Статистический анализ результатов проведен с использованием лицензионного пакета прикладных программ Statistica-6.0 (StatSoft). Для сравнения структур в долях был использован многофункциональный критерий Фишера (угловое преобразование).

Результаты. В РОЦ имени проф. Г. В. Бондаря разработаны 3 варианта формирования трансплантата для низведения на промежность, которые являются последовательными этапами расширенной мобилизации ОК. Техническая суть разработанных способов состоит в следующем. Вариант 1 — при котором рассекают межсосудистые промежутки и фланковую брюшину. Суть способа состоит в следующем: после удаления коллектора верхней прямокишечной артерии визуально оценивают состояние брыжейки сигмовидной кишки и особенности её сосудистой архитектоники. Острым путем рассекают висцеральную брюшину и наружный листок брыжейки, разрез продолжают вверх по переходной складке брюшины левого латерального канала вдоль нисходящего отдела ОК. Следует отметить, что уровень и возможность подобной мобилизации нисходящего отдела ОК лимитируется длиной брыжейки сигмовидной кишки. Данный способ использован в 58 (28,2±3,1%) случаях, эти пациенты составили 1 исследуемую группу (1 ИГ). Вариант 2 мобилизации левой половины ОК для низведения на промежность. Суть способа состоит в следующем: после выполнения приёмов, указанных в Способе 1, рассекают далее по продолжению складку между париетальной и висцеральной брюшиной левого латерального канала вдоль нисходящей кишки вверх до левой диафрагмально-ободочной связки. Последнюю и, при необходимости, левую порцию желудочно-ободочной связок пересекают. После уточнения топографии левой ободочной артерии и нижней брыжеечной вены (НБВ) надсекают внутренний листок брыжейки нисходящей кишки, выделяют НБВ и пересекают (уже повторно) у места впадения в селезеночную вену (топографически — нижний край поджелудочной железы). Левая ободочная артерия при этом сохраняется. Пересечение НБВ в данной проекции позволяет значительно расправить брыжейку нисходящей ОК, что, в свою очередь, дает возможность сместить всю левую половину вниз. Данный способ использован в 104 случаях, эти пациенты составили 2 ИГ. Вариант 3, когда возникает необходимость мобилизации поперечно-ободочной кишки. Дополнительно мобилизуют желудочно-ободочную связку не менее чем на 2/3 ее длины, висцеральную брюшину над 12-перстной кишкой (нижним горизонтальным коленом) широко рассекают и мобилизуют вместе с краем брыжейки. Поперечно-ободочную кишку ротируют медиально и подтягивают книзу. Данный способ использован в 44 случаях — 3 ИГ. Количество пациентов ПВ в 1 ИГ составило 54 (93,1±3,3%), СВ — 4 (6,9±3,3%); во 2 ИГ — соответственно 74 (71,2±4,4%) и 30 (28,8±4,4%); в 3 ИГ — 40 (90,9±4,3%) и 4 (9,1±4,3%). В 1 ИГ у 14 (24,1±5,6%) пациентов опухолевый процесс локализовался в нижне-ампулярном (н/а), у 26 (44,8±6,5%) — в средне-ампулярном (с/а), и 18 (31,0±6,1%) — в верхне-ампулярном (в/а) отделе ПК. Во 2 ИГ, соответственно, у 20 (19,2±3,9%), 36 (34,6±4,7%) и 48 (46,2±4,9%). В 3 ИГ, соответственно, у 10 (22,7±6,3%), 10 (22,7±6,3%) и 24 (54,5±7,5%). В ближайшем послеоперационном периоде в группе РБАР осложнения возникли у 32 (15,5±2,5%) пациентов. У пациентов 1 ИГ — 10 (17,2±5,0%), 2 ИГ — 16 (15,4±3,5%), 3 ИГ — 6 (13,6±5,2%), от общего количества в этих группах ($p>0,05$). У пациентов 1 ИГ 6 осложнений были хирургического и 4 — соматического характера, 2 ИГ, соответственно, 8 и 8, 3 ИГ — 6 (13,6±5,2%), все хирургического характера. Послеоперационная летальность в 1 ИГ составила (3,4±2,4%), во 2 ИГ — (1,9±1,3%), в 3 ИГ — (4,5±3,1%). Оба пациента 2 ИГ были СВ и умерли от развившегося в послеоперационном периоде острого инфаркта миокарда. Умершие пациенты 1 ИГ и 3 ИГ были ПВ и причиной смерти послужили развившиеся в послеоперационном периоде хирургические осложнения в виде некроза низведенной кишки ($p>0,05$).

Выводы. Таким образом, пациентам ПВ статистически чаще выполнялись 1-й (93,1±3,3%) и 3-й (90,9±4,3%), а пациентам СВ — 2-й (28,8±4,4%) варианты мобилизации ОК ($p<0,01$). При опухолях н/ампулярного отдела ПК все варианты мобилизации используются одинаково часто ($p>0,05$); при локализации опухоли в с/ампулярном отделе ПК чаще используют 1-й ($p<0,05$) и 2-й ($p>0,05$) варианты; при локализации в в/ампулярном отделе ПК в 54,5±7,5% случаев применяли 3-й вариант мобилизации ОК ($p<0,05$). Частота возникновения послеоперационных осложнений при различных видах мобилизации ОК у ППСВ статистически не отличается.

МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ РИСКА НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ АНАЛЬНОГО ДЕРЖАНИЯ ПОСЛЕ БРЮШНО-АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С НИЗВЕДЕНИЕМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НА ПРОМЕЖНОСТЬ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. Оценка качества жизни и функции анального держания у больных раком прямой кишки после проведенного лечения является актуальной проблемой хирургии. Применение высоких технологий во время выполнения оперативных вмешательств, в том числе электрической сварки мягких тканей, позволило уменьшить кровопотерю, использование шовных и перевязочных материалов. Другие аспекты применения таких технологий в различных областях хирургии недостаточно изучены.

Цель. Проведение многофакторного анализа риска развития неудовлетворительной функции анального держания, после брюшно-анальной резекции по поводу рака прямой кишки с отсроченным формированием колоанального анастомоза, и оценка влияния на них электрической сварки мягких тканей (ЭСМТ) при отсечении избытка низведенной кишки и колоанальной пластике.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 195 больных раком прямой кишки в Республиканском онкологическом центре им. проф. Г. В. Бондаря в период с 2015 по 2019 гг. Всем пациентам выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением на промежность ободочной кишки. Изучены возможность и целесообразность применения электрической сварки живых мягких тканей (ЭСМТ) при выполнении второго этапа оперативного вмешательства — отсечения избытка низведенной кишки и формирования колоанального анастомоза после брюшно-анальной резекции прямой кишки.

Результаты. При анализе коэффициентов модели установлено достоверное ($P < 0,05$) отличие от 0 коэффициентов лишь при 3 факторных признаках: вид и схема комбинированного или комплексного лечения, радикальность хирургического вмешательства, метод второго этапа хирургического лечения (использование ЭСМТ или стандартного вмешательства). На основе этих признаков построена логистическая регрессионная модель прогнозирования риска неудовлетворительной функции анальной континенции (модель адекватна по критерию $\chi^2 = 17,4$ $p < 0,001$). Площадь под ROC — кривой AUC = 0,77 (95% ДИ 0,67–0,85), достоверно ($P < 0,001$) отличается от 0,5. Установлено, что риск неудовлетворительной функции анальной континенции связан ($P = 0,035$) с видом комбинированного и комплексного лечения, ОШ = 1,83 (95% ДИ 1,05–3,19). Наименьший риск отмечен при только хирургическом лечении больных, наибольший — при проведении 2 этапов лучевой терапии по типу «сэндвич» — до операции и после нее. При стандартизации по всем факторам риска применение генератора ЭСМТ при отсечении избытка низведенной кишки во время формирования колоанального соустья после брюшно-анальной резекции прямой кишки способствовало достоверному ($P = 0,016$) уменьшению риска неудовлетворительной функции анальной континенции, ОШ = 0,27 (95% ДИ 0,09–0,79).

Выводы. По данным проведенного анализа установлено, что наибольшее влияние на функцию анальной континенции как наиболее важную составляющую качества жизни больных, после брюшно-анальной резекции прямой кишки по поводу рака оказывают: вид комбинированного и комплексного лечения (при проведении радикального курса лучевой терапии в 2 этапа — до и после операции риск достоверно увеличивается); радикальность вмешательства (после паллиативных операций прогноз ухудшается) и метод хирургического вмешательства. При применении ЭСМТ на втором этапе хирургического вмешательства для отсечения избытка низведенной кишки риск неудовлетворительной функции анальной континенции снижается.

Седаков И. Е., Совпель О. В., Мате В. В.

НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРУЕМЫХ ОПЕРАЦИЙ ДЮАМЕЛЯ ПРИ РАКЕ СРЕДНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. Применение лапароскопической технологии является одним из приоритетных при выполнении радикальных операций в хирургии колоректального рака с первичным восстановлением естественного пассажа по кишечнику.

Цель. Поиск альтернативных способов создания колоректальных и колоанальных анастомозов, лишенных недостатков за счёт значительно упрощенной и доступной методики лечения больных с опухолями прямой кишки.

Материалы и методы. В исследование включены больные с дистальным раком прямой кишки. Первую группу составили пациенты, которым выполнена лапароскопическая операция Дюамеля (Патент Украины № 106742). Вторую группу составили пациенты, которым выполнена лапароскопическая низкая передняя резекция прямой и сигмовидной кишок с формированием степлерного анастомоза и протективной илеостомой. В 1-й группе сигмовидная кишка низводилась в подслизистый канал позади прямой кишки, с последующим формированием колоректального анастомоза, как второго этапа операции через 14 дней. Во второй группе аппаратный анастомоз формировался по стандартной технологии с протективной илеостомой которая ушивалась через 3 месяца. В группах больных изучалось качество жизни и оценивался уровень анальной континенции по шкале Векснера на 3, 6, 12 месяцы после операции.

Результаты. В 1-й группе больных, показатели шкалы Векснера через 3 месяца после операции составили $8 \pm 1,8$ балла. Через 6 месяцев после операции значения составили $5 \pm 1,2$ балла. Через 12 месяцев — $4 \pm 1,6$ балла. В контрольной группе больных, которым была выполнена низкая передняя резекция с протективной илеостомой, функциональные результаты через 3 мес. После операции функциональные результаты не изучались, поскольку в этот момент больным выполнялся второй этап оперативного вмешательства — ушивание илеостомы. Через 6 месяцев после операции значения шкалы Векснера составили $6 \pm 1,2$ балла, через 12 месяцев — $5 \pm 1,2$ балла. Восстановление функции анальной континенции после операции в обеих группах больных составило 6 месяцев и далее к году практически не менялось. Но при операции Дюамеля более раннее выполнение 2-го этапа оперативного лечения уже через 2–3 месяца позволяет оценить функциональные результаты лечения.

Выводы. Лапароскопическая операция Дюамеля позволяет добиться сопоставимых функциональных результатов лечения дистального рака прямой кишки в сравнении с лапароскопической низкой передней резекцией и может быть предложена как альтернатива степлерному анастомозу с превентивной стомой.

Седаков И. Е., Полунин Г. Е., Золотухин С. Э., Мутык М. Г., Клочков М. М.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОХРАНЕНИЯ ЛЕВОЙ ОБОДОЧНОЙ И ВЕРХНЕЙ ПРЯМОКИШЕЧНОЙ АРТЕРИЙ ПРИ ДЗ ЛИМФОДИССЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ РЕКТОСИГМОИДНОГО ИЗГИБА И СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. Высокая перевязка нижней брыжеечной артерии (НБА) может приводить к ухудшению кровоснабжения, что, в свою очередь, увеличивает шанс несостоятельности анастомоза. Стремясь избежать данное осложнение, хирурги рутинно прибегают к мобилизации селезеночного изгиба и резекции больших участков ободочной кишки. В нашем исследовании мы проанализировали опыт выполнения ДЗ лимфодиссекции при раке сигмовидной кишки и ректосигмоидного перехода с сохранением левой ободочной артерии (ЛОА) и верхней прямокишечной артерии (ВПА).

Цель. Изучить непосредственные результаты выполнения ДЗ лимфодиссекции с сохранением ЛОА и ВПА.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализировано 48 пациентов, пролеченных за период с 2020 по 2022 годы на базе РОЦ им. проф. Г. В. Бондаря с раком сигмовидного и ректосигмоидного перехода ободочной кишки. Оперативные вмешательства были выполнены в объеме резекции сигмовидной кишки или передней резекции с ДЗ лимфодиссекцией и сохранением ЛОА и ВПА. Операция выполнялась лапароскопическим или открытым доступом.

Результаты. Медиана возраста больных составила 61 (37–78) год. Операция была успешно завершена во всех 48 случаях. Никаких серьезных осложнений, связанных с подходом, обнаружено не было. Время операции 150 (105–310) минут. Интраоперационная кровопотеря 75 мл (диапазон 50–150 мл). Ни у одного из пациентов не было необходимости мобилизации селезеночного изгиба. Количество удаленных лимфатических узлов, окружающих нижнюю брыжеечную артерию, варьировалось от 5,5 (4–8). В группе лимфатических узлов № 253 метастазы не выявлены, в то время как у 8 пациентов были обнаружены метастазы в лимфатические узлы, окружающие ВПА. Несостоятельности анастомоза не отмечено.

Выводы. Данный способ является безопасным и технически воспроизводимым при лапароскопическом и открытом доступе, не ухудшая качество ДЗ лимфодиссекции. Данный хирургический подход позволяет сохранять больше снабжающих кишку сосудов и снижает ишемию зоны анастомоза, что возможно уменьшает риск несостоятельности анастомоза.

ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

Богослав Ю. П., Прилуцкая Я. В., Даценко М. В.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького»

Введение. Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) у женщин являются актуальной проблемой современной гинекологии, поскольку повышают риск рака эндометрия, являются причиной бесплодия, нарушений менструального цикла. Первичная диагностика ГПЭ на основании ультразвуковой оценки толщины м-эхо у женщин с гиперандрогенией не приемлема, поскольку для них характерен тонкий эндометрий, а нарушения менструального цикла не позволяют установить фазу цикла для оценки эндометрия.

Цель. Повышение эффективности диагностики ГПЭ у женщин с гиперандрогенией, путем разработки ультразвуковых критериев диагностики с целью снижения риска рака эндометрия.

Материалы и методы. Для оценки структуры эндометрия было обследовано 97 женщин репродуктивного возраста, из которых 33 женщины страдали ГПЭ без признаков гиперандрогении (группа 1), 34 страдали ГПЭ на фоне гиперандрогении (группа 2), а 30 составили контрольную группу. Обследованным женщинам проводили ультразвуковое исследование 2-хкратно в течение 2 менструальных циклов: на 3–5-й и на 11–14-й день; оценивали толщину м-эхо и структуру эндометрия, их соответствие размеру доминантного фолликула. Полученные данные сопоставляли с результатами биопсии эндометрия, в результате чего были ретроспективно сформированы 3 исследуемые группы.

Результаты. Анализ полученных данных позволил выявить достоверные отличия в толщине м-эхо на 11–14-й день (16,5 мм в группе 1 (от 15 до 22 мм), 6,2 мм в группе 2 (4,1–7,8 мм) при 10,2 (8,1–12,3 мм) в контрольной группе, при нарушении послойной структуры эндометрия у 14 (42%) в группе 1 и 29 (85,3%) в группе 2.

Выводы. Таким образом, классические ультразвуковые критерии диагностики ГПЭ неприемлемы для женщин с гиперандрогенией, поскольку для них характерно наличие тонкого эндометрия. Основным диагностическим критерием ГПЭ у женщин с гиперандрогенией следует считать нарушение послойной структуры эндометрия, которое в сочетании с клиническими критериями следует считать основанием для биопсии эндометрия.

ДАННЫЕ КОЛЬПОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С ПРЕДОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

Национальный центр онкологии и гематологии МЗ КР

Введение. Учитывая, что основная цель профилактики рака шейки матки — это лечение предраковых и фоновых заболеваний органа, то данная терапия должна быть радикальной (Бохман Я. В., 1989, 1991, 2002). Тем не менее необходимо учитывать, что такое лечение должно быть щадящим и бережным, чтобы сохранить анатомо-физиологические особенности шейки матки, что определяет нормальное функционирование репродуктивной системы. Поэтому в настоящее время необходим поиск и разработка новых методов лечения, которые сочетают оптимальный эффект при отсутствии побочных явлений или нежелательных осложнений.

Цель. Изучить данные кольпоскопической картины у больных с предопухолевыми заболеваниями шейки матки.

Материалы и методы. В соответствии с целью и задачами нашего исследования проведено обследование и лечение 89 женщин с предраковыми и начальными формами рака шейки матки. Выявлена следующая патология шейки матки: дисплазия 1–3 степени ($n=32$), лейкоплакия ($n=16$), эктопия ($n=2$), эрозия ($n=18$), псевдоэрозия ($n=4$), рак на месте ($n=1$), крауроз вульвы ($n=9$), лейкоплакия + дисплазия ($n=3$), кондиломатоз ($n=1$).

Возраст пациенток варьировал от 19 до 68 лет (средний возраст составил $40,2 \pm 0,4$ года). Максимальное количество больных приходилось на возрастную группу от 25 до 39 лет (средний возраст в этой группе составил $31,3 \pm 0,3$ года).

Результаты. Всем пациенткам, включенным в данное исследование, было проведено кольпоскопическое обследование. При этом у 62 (69,6%) пациенток было выявлено наличие участков цилиндрического эпителия на поверхности эктоцервикса. Данные локусы, которые были покрыты цилиндрическим эпителием, определялись в виде гроздевидных скоплений ярко-красных сосочков. При обработке раствором уксусной кислоты эти участки белели. Средний размер или диаметр эктопии составлял от 1 до 3 см (средний диаметр $0,98 \pm 0,13$), диаметр эктропиона — 0,3–1,4 см (средний диаметр $0,09 \pm 0,004$).

Другая патология, как например лейкоплакия, при кольпоскопическом исследовании определялась в виде белесых бляшек с нечеткими контурами. У части обследуемых лейкоплакия была изображена в виде нежных тонких бляшек, легко сплюсчивающихся при контакте с зеркалом или протирании тампоном. У незначительного числа больных (у 4) были выявлены грубые фрагменты лейкоплакии, которые были плотно спаяны с подлежащей тканью и возвышались над поверхностью эпителия. Диаметр очагов варьировал от 0,55 до 2,55 см (средний диаметр $0,38 \pm 0,09$). В отличие от предыдущей патологии, под воздействием уксусной кислоты структура лейкоплакии не изменялась. Однако использование пробы Шиллера способствовало тому, что появлялись негативные участки по отношению к йоду. В некоторых случаях йоднегативные зоны проявлялись на значительном протяжении от видимых участков лейкоплакии. Было также выявлено, что в некоторых случаях визуально изменялся многослойный эпителий после проведения пробы Шиллера. В этих местах отмечались обширная йоднегативная зона. Эти патологические изменения были расценены как лейкоплакия шейки матки, что в дальнейшем верифицировалось при гистологическом исследовании. Таким образом, кольпоскопическое исследование было информативным, так как оно дополняло данные визуального осмотра в отношении гипертрофии и деформации шейки матки.

У большинства пациенток имелась нормальная зона трансформации. Обнаруженные при осмотре Наботовы кисты имели вид ретенционных образований размерами 0,2–1,0 см (средний диаметр $0,07 \pm 0,01$ см). По форме они выглядели как растянутые по поверхности разнокалиберные элементы или в виде субэпителиальных сосудов. При кольпоскопическом исследовании эндометриоз шейки матки был определен в 6 (6,7%) случаях. Данная патология выглядела примерно так же, как и при наружном осмотре в зеркалах. А именно, эта патология выглядела в виде подэпителиальных кист багрового цвета диаметром от 0,3 до 0,8 см (средний диаметр $0,5 \pm 0,02$). Кольпоскопия обнаружила явления воспаления цервикса (эндочервичесит) у трети пациенток. Данное воспаление проявлялось гиперемией вокруг наружного отверстия шеечного канала и гнойным отделяемым из него. У 28 (31,4%) больных из 89 с предопухолевыми заболеваниями шейки матки при кольпоскопии были выявлены явления атипической трансформации. Эпителий белого цвета после обработки уксусом наблюдался у 7 (7,8%) пациенток. Эта белесоватость появлялась в виде различной интенсивности цвета и размеров. При дальнейшем морфологическом исследовании было обнаружено, что у 4 больных атипический эпителий был обусловлен воспалительным процессом, а у трех вызван течением дисплазии различной степени тяжести. У части больных были обнаружены множественные красноватые точки на фоне белесоватых участков, они обозначались как пунктуации и были выяв-

лены у 16 (17,9%) пациенток. У 7 больных, что составило 8%, была определена при данном обследовании мозаика, которая демонстрировалась как картина в виде множества капилляров и сосудистых площадей незначительных размеров. Эти поля не возвышались над уровнем эпителия, а после обработки раствором уксусной кислоты данные участки становились более интенсивными и выделялись четче. Необходимо отметить, что данные участки не окрашивались при обработке раствором Люголя, следовательно, имели йоднегативную реакцию. У некоторых пациенток (3 или 4%) были обнаружены атипические сосуды. Они имели форму петель и располагались на фоне бледно-жёлтого эпителия. При воздействии уксусной кислоты эти сосуды выделялись более интенсивнее и отчетливее, при контактировании легко кровоточили. Это можно было принять за патологическую сеть сосудов, характерную при опухолевом поражении. При дальнейшем гистологическом исследовании у этих больных были выявлены такие патологии, как признаки дисплазии, вирусное поражение эпителия и лейкоплакия.

Выводы. Таким образом, нами было показано, что кольпоскопическое исследование является хорошим диагностическим методом, позволяющем выявить патологию со стороны шейки матки. Примечательно, что выявлялись атипические и воспалительные изменения слизистой шейки матки, что является хорошим подспорьем в диагностике предопухолевых поражений и способствует первичной профилактике рака шейки матки. Данное исследование создает благоприятные условия для проведения прицельной биопсии эпителия шейки матки и проведения морфологического исследования. Единственным недостатком данного метода или кольпоскопии является то, что она не позволяет определить степень пролиферации клеток.

Бабенко-Сорокопуд И.В.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СТАТУСОМ С РИСКОВАННОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького»

Введение. Определение «юные женщины» стало традиционным — так называют девушек-подростков, приобретших опыт половых контактов до совершеннолетия с фактом рискованной сексуальной активности (РСА) (незащищенные сексуальные контакты, в т.ч. негетеросексуальные), которых определяют к группе риска. Несмотря на значимость проблемы, до настоящего времени факторы, снижающие качество репродуктивного здоровья в популяции девушек-подростков с рискованной сексуальной активностью, в том числе негетеросексуальной, остаются недостаточно изученными.

Цель. Изучить показатели микробиоценоза влагалища ВИЧ-позитивных девушек-подростков с нарушением репродуктивного здоровья и фактом рискованной сексуальной активности.

Материалы и методы. В когорту исследования были включены сексуально-активные пациентки 16–18 лет (средний возраст $16,8 \pm 0,7$ года) с гинекологическим возрастом не менее 2 лет, с наличием нарушений репродуктивного здоровья (нарушение менструального цикла по типу гипоменструального синдрома) и фактом РСА (имели незащищенные сексуальные контакты, в т.ч. негетеросексуальные). Основная группа (А) — 97 пациенток с положительным ВИЧ-статусом, верифицированным в Республиканском Центре профилактики и борьбы со СПИДом, группа сравнения (В) — 128 девушек-подростков с отрицательным ВИЧ-статусом. Контрольную группу (К) составили 168 условно соматически здоровых сексуально-интактных девушек-подростков, проходившие профилактический осмотр. Критерии возрастного интервала выбранных групп были обусловлены основными этапами формирования репродуктивной системы. Все участницы дали добровольное информированное согласие на исследование. Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерного программного пакета (Microsoft Office Excel 2007).

Результаты. У девушек-подростков с ВИЧ-позитивным статусом с наличием нарушений репродуктивного здоровья и фактом РСА были: фоновые заболевания шейки матки и цервициты — 35,4% ($p_{A-B} < 0,05$, $p_{A-K} < 0,01$); микробиоценоз влагалища характеризовался высокой частотой дисбиотических нарушений при отсутствии клинических признаков патологии влагалища и достоверно отличался от такового у ВИЧ-негативных сверстниц (группы В) и без нарушения менструального цикла (группа К): ($p_{A-B} < 0,05$, $p_{A-K} < 0,001$): общая бактериальная масса и суммарное количество лактобацилл ниже у девушек с выраженной гипоестрогенией и высокой вирусной нагрузкой ($p = 0,004$, $p = 0,005$, соответственно, $p_{A-B} < 0,05$, $p_{A-K} < 0,01$), больше бактериальная масса стафилококков и стрептококков ($p = 0,009$, $p_{A-B} < 0,05$, p

A-K < 0,01); увеличение анаэробной флоры микробиоты влагалища ($p = 0,004$, $pA-B < 0,05$, $pA-K < 0,01$); частота диагностики *Gardnerella vaginalis* 35,0%, *Chlamydia trachomatis* 30,0%, *Ureaplasma urealyticum* 30,0%, *Mycoplasma genitalium* 35,0%, *Neisseria gonorrhoeae* 15,0%, *Trichomonas vaginalis* 20,0%, ($pA-B < 0,05$, $pA-K < 0,001$); подтверждена взаимосвязь качественного и количественного состава вагинального микробиоценоза, определенного с помощью метода полимеразной цепной реакции с детекцией результатов в реальном времени, со степенью выраженности вирусной нагрузки ВИЧ в крови и выраженности гипострогении ($pA-B < 0,05$, $pA-K < 0,01$); в результате незащищенной половой активности в негетеросексуальных отношениях, несмотря на невозможность забеременеть, остается высокий риск полового пути инфицирования обоих партнеров ($pA-K < 0,01$).

Выводы. Необходим контроль за состоянием микробиоценоза половых партнеров девушек-подростков с рискованной половой активностью как с ВИЧ-позитивным, так и негативным статусом, в том числе с негетеросексуальным предпочтением; что повышает важность профилактической работы «на дружественной основе» гинеколога с несовершеннолетними по сохранению репродуктивного здоровья, смене рискованного поведения на ответственное и безопасное.

Хвесик А.А., Павлушенко С. Д.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВ В ЛЕЧЕНИИ АССОЦИИРОВАННЫХ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького»

Введение. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (Cervical Intraepithelial Neoplasia, CIN) — предраковое поражение, характеризующееся нарушением созревания и дифференцировки многослойного плоского эпителия шейки матки. Распространенность злокачественных заболеваний женской репродуктивной системы неуклонно растет. Основная опасность в том, что CIN могут привести к малигнизации.

Цель. Оценить эффективность местного способа проведения цитокинотерапии у пациенток с патологией шейки матки (lowgrade squamous intraepithelial lesions — LSIL) ассоциированной с вирусом папилломы человека.

Материалы и методы. В Донецком Республиканском Центре Охраны Материнства и Детства было проведено проспективное исследование, включившее 40 женщин репродуктивного возраста 20–37 лет, с подтвержденной дисплазией шейки матки (LSIL). В 98% случаев обнаружен ВПЧ высокого онкогенного риска. Критерии включения пациенток в исследование:

- 1) Подтвержденная дисплазия шейки матки (по данным цитологического исследования).
- 2) Наличие ВПЧ группы высокого онкогенного риска.
- 3) Отсутствие соматической и аутоиммунной патологии.
- 4) Отсутствие аллергии к белкам свиного происхождения.

Всем женщинам проведено комплексное обследование, гинекологический осмотр, расширенная кольпоскопия, онкоцитологическое исследование. Проводилось определение состава микрофлоры влагалища (Фемофлор-скрин) методом ПЦР (*Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*, *Neisseria gonorrhoeae*). При выявлении возбудителей урогенитальных инфекций пациенткам назначалось соответствующее лечение.

Результаты. После получения результатов цитологического исследования была сформирована группа с результатами LSIL, состоящая из 40 женщин. Пациентки были разделены на две группы: основную ($n=24$), где применялось лечение с использованием препарата «Суперлимф», и контрольную ($n=16$), где была назначена терапия без применения препарата «Суперлимф». В основной группе препарат «Суперлимф» назначали по 1 свече (25 ЕД) 1 раз в сутки, на ночь, вагинально, 10 дней, и 2 курса в течение 2 менструальных циклов по 1 свече (25 ЕД) 1 раз в сутки, на ночь, вагинально, 10 дней, после окончания менструации. Критериями эффективности лечения являются: достижение отрицательного результата теста на ВПЧ высокого онкогенного риска; отсутствие рецидива у женщин по данным теста на ВПЧ, кольпоскопического и онкоцитологического исследования к 6 месяцу терапии. Полученные данные свидетельствуют о том, что эффективность лечения с применением препарата «Суперлимф» в основной группе составила 79,1%. В контрольной группе — 31,5%. Рецидивирование ПВИ к 6-му месяцу наблюдения выявлено у 1 (4,2%) и 3 (18,8%) женщин основной и контрольной групп, соответственно.

Выводы. Результаты исследования демонстрируют эффективность местного использования препарата «Суперлимф» у женщин с подтвержденной цервикальной интраэпителиальной неоплазией, при лечении в дозе 25 ЕД, по 1 свече, 1 раз в сутки на ночь, 10 дней, при влагалищном пути введения. Применение данного препарата способствовало элиминации ВПЧ высокого онкогенного риска и эпителизации шейки матки, что снижает частоту рецидивов и повышает эффективность терапии ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки.

Седаков И. Е., Джоджуа Т. В., Шпаков Е. И., Карпенко Я. И.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИВЕННОЙ ИНФУЗИИ ЛИДОКАИНА, КАК КОМПОНЕНТА АНАЛЬГЕЗИИ У ПАЦИЕНТОК ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. Гистерэктомия является одним из самых часто выполняемых хирургических вмешательств. Актуальность данной тематики стоит рассматривать как с позиции купирования болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, проявление которого ведет к возникновению дискомфорта, ухудшению функциональных результатов лечения и затягиванию периода реабилитации, так и синдрому хронической послеоперационной боли, ведущему к снижению качества жизни пациенток в долгосрочной перспективе.

Цель. Оценка эффективности и безопасности внутривенного введения местных анестетиков, как компонента схемы мультимодальной анальгезии, в сравнении с классическим периоперационным обезболиванием высокими дозами наркотических анальгетиков.

Материалы и методы. На базе РОЦ им. проф. Г. В. Бондаря МЗ ДНР в период с 2019 по 2020 годы было проведено одноцентровое проспективное исследование результатов лечения 134 пациенток, получивших оперативное лечение в объеме расширенной гистерэктомии. Пациентки были случайным образом распределены на две группы: исследуемую и контрольную. Тактика проведения основного анестезиологического пособия не отличалась в обеих группах и выглядела следующим образом. В премедикацию с целью упреждающей анальгезии был включен декскетопрофен (50 мг) и фентанил (100–200 мкг). После преоксигенации в течение 5 минут вводился пропофол 2 мг/кг, кетамин в субанестетической дозировке (0,3 мг/кг). Фентанил вводился непосредственно перед кожным разрезом в дозировке 100–200 мкг, с последующими болюсными введениями 100 мкг по решению анестезиолога, ориентируясь на гемодинамику испытуемых (нарастание среднего артериального давления (САД) на 10%), либо по истечении 30 минут от момента введения последнего. Послеоперационная анальгезия включала в себя плановое назначение парацетамола парентерально в дозировке 1 г 3 р/сут. в течение первых послеоперационных суток, а также внутримышечное назначение декскетопрофена по требованию при терапии прорыва боли (ВАШ/NRS >50), с применением внутримышечных инъекций промедола 20 мг, при отсутствии эффекта от введения НПВС в течение 30 мин. или изначальной высокой интенсивности болевого синдрома (ВАШ/NRS >60).

Результаты. Пациентки группы исследования (n=72) получили среднюю нагрузочную дозу лидокаина в объеме $154 \pm 36,7$ мг с последующей продленной инфузией $77,5 \pm 17,6$ мг/ч в периоперационном периоде. Средняя дозировка наркотических анальгетиков, введенных за время проведения анестезиологического пособия, в группе исследования была статистически значимо ниже: 375 ± 86 мкг в исследуемой группе и $409 \pm 76,2$ — в контрольной ($p=0,037$). Благодаря сокращению назначения наркотических анальгетиков удалось добиться и более быстрого пробуждения пациенток группы исследования ($p<0,001$, t-критерий Стьюдента), а также меньшей частоты развития постнаркозной депрессии ЦНС: 14 эпизодов развития постнаркозной депрессии в исследуемой группе, 35 — в контрольной ($p=0,002$, критерий Хи-квадрат Пирсона). При анализе результатов тестирования NRS удалось выявить статистически значимые отличия в интенсивности болевого синдрома в группе назначения продленной инфузии раствора лидокаина в первые послеоперационные сутки. Однако в момент первой активизации пациенток субъективная выраженность болевого синдрома была сопоставима в обеих исследуемых группах ($p=0,448$). В среднем послеоперационная динамическая кишечная непроходимость разрешалась к концу 2-х суток, а скорость ее регрессирования не коррелировала в исследуемой ($34,16 \pm 14,4$ ч) и контрольной ($37 \pm 8,64$ ч) группах ($p=0,2$).

Выводы. В данной статье представлен наш опыт применения продленной внутривенной инфузии лидокаина. Группой авторов было отмечено, что данная методика позволяет повысить качество послеоперационного обезболивания у пациенток, перенесших расширенную гистерэктомию, а также снизить частоту назначения наркотических анальгетиков в интра- и периоперационном периоде. К минусам данного спо-

соба анальгезии стоит отнести отсутствие ожидаемого эффекта ускорения разрешения газового периода, а также наличие осложнений в виде системной токсичности местных анестетиков, однако частота их развития сопоставима с описанной в литературе.

Куприенко Н. В., Малик А. В., Шумило И. О., Доценко О. С., Лисаченко И. И.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ РАКОМ ВУЛЬВЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОГО СВАРОЧНОГО СОЕДИНЕНИЯ ТКАНЕЙ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. Хирургическое лечение рака вульвы сопровождается повышенной кровопотерей, большим количеством осложнений. В связи с этим актуальным остается поиск способов, направленных на уменьшение непосредственных осложнений хирургического лечения.

Цель. Улучшить непосредственные результаты хирургического лечения больных раком вульвы.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили результаты хирургического лечения 44 больных с раком вульвы, которым была выполнена вульвэктомия. Хирургические операции выполнялись в двух вариантах: с применением традиционного хирургического шва (исследуемая группа, n-24); с использованием высокочастотного электрохирургического сварочного соединения тканей (ВСЭТ) (контрольная группа, n-22).

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что продолжительность вульвэктомии в исследуемой группе составила 30 ± 5 минуты, кровопотеря — 150 ± 50 мл, тогда как в контрольной группе эти показатели составили 65 ± 8 минуты 430 ± 85 мл, соответственно. Продолжительность пребывания в стационаре больных исследуемой группы составила $7,4 \pm 2,6$ дней, в контрольной — $10 \pm 3,9$ дней.

Выводы. Установлено, что выполнение вульвэктомии при первичном раке вульвы с использованием ВСЭТ по сравнению с оперативным вмешательством с применением традиционного хирургического шовного материала сокращает время операции практически в 2,2 раза, снижает кровопотерю во время операции в 2,7 раза, а также значительно сокращает время пребывания в стационаре до $7,4 \pm 2,6$ дня.

Семикоз Н. Г., Рогалев А. В., Бондарь А. В.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. Рак шейки матки (РШМ) остается одной из ведущих проблем медицины XXI века. Несмотря на значительные успехи в изучении патогенеза РШМ, остаются открытыми вопросы вариативности клинического течения и эффективности лечения. Общеизвестно, что в генезе РШМ существенное значение имеет инфицирование вирусом папилломы человека (ВПЧ).

Цель. Выделить основные цитокины иммунного ответа при раке шейки матки.

Материалы и методы. В патогенезе РШМ значительную роль играет воспалительный процесс, так как провоспалительные цитокины активируют реакции специфического иммунитета и, тем самым, модулируют восприимчивость клеток к ВПЧ и последующую полиморфность течения болезни. Провоспалительные цитокины участвуют в активации матриксных металлопротеиназ, окислительного стресса, хемотаксиса, апоптоза, процессах пролиферации. Цитокин IL-1 β играет ключевую роль в реакциях иммунитета при инфицировании, активируя продукцию интерферона, запуская механизмы апоптоза инфицированных вирусом клеток, блокируя репликацию вируса. Цитокин TNF α регулирует клеточную пролиферацию и дифференцировку, участвует в индукции ангиогенеза. IFN γ играет одну из ключевых ролей в антивирусном иммунитете. Интерлейкин-10 (IL-10) является противовоспалительным цитокином, обладает иммуносу-

прессорным и антиангиогенными свойствами, вследствие чего играет двойственную роль в канцерогенезе. IL-10 подавляет активность IL-1, TNF α и IFN γ , низкий уровень экспрессии этого цитокина рассматривается как фактор риска для развития меланомы, опухоли простаты. В то же время, при других злокачественных новообразованиях (рак почки, гепатоцеллюлярный рак, базальноклеточная карцинома кожи) наблюдалось повышение сывороточного уровня IL-10. Данный цитокин, обладая иммуносупрессивным действием способствует уклонению HPV 16/18 от иммунного ответа и интраэпителиальной неоплазии при РШМ. Реализация противоопухолевого иммунитета осуществляется через лиганд-рецепторные взаимодействия, поэтому существенное значение имеет состояние рецепторов. Особое значение имеют толл-подобные рецепторы (TLR — Toll-like receptor), которые, распознавая патоген-ассоциированные молекулярные фрагменты, запускают активацию макрофагов, продукцию интерферона, регулируют пролиферацию Т-лимфоцитов хелперов 1 и 2 типа.

Результаты. В реализацию противоопухолевого ответа вовлекаются гены, регулирующие реакции иммунитета, апоптоза, воспаления, пролиферации, межклеточной кооперации.

Выводы. Благодаря современным технологиям, перспективным направлением становится фармакогенетика, которая возможно в недалеком будущем позволит решить вопрос эффективного лечения РШМ. Кроме того, генетические факторы могут быть использованы для определения как группы риска быстрого развития и прогрессирования РШМ, так и для разработки персонализированных подходов к лечению на основе фармакогенетики.

Седаков И. Е., Красноштан В. В., Колычева О. В., Попович Ю. А.

ОЦЕНКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СВЕТЛОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ В СРАВНЕНИИ С ДРУГИМИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМИ ТИПАМИ РАКА ЯИЧНИКОВ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. В 2020 году, по данным канцер-регистра РОЦ им. проф. Г. В. Бондаря, заболеваемость раком яичников (РЯ) в ДНР составила 17,9%, смертность — 11,3%. Десятилетняя выживаемость при РЯ по данным литературы составляет менее 10%.

Цель. Сравнить факторы клинического течения СКК с другими гистологическими типами РЯ.

Материалы и методы. Для сравнения клинко-патологической характеристики и результатов выживаемости пациенток с диагностированной светлоклеточной карциномой яичников (СКК) относительно других гистологических подтипов эпителиального рака яичников была проанализирована медицинская документация 196 пациенток: 18 пациенток с СКК (8,9%), 25 с эндометриоидной карциномой (ЭК) (12,8%), 17 с муцинозной карциномой (МК) (8,7%) и 109 с серозной карциномой (СК) (69,6%).

Результаты. Среднее время наблюдения составило 58 мес. Пациенты с СКК показали более молодой возраст на момент постановки диагноза (79,9% <65 лет), особенно, по сравнению с пациентами с СК (57,1%) ($P < 0,001$). Пациенты с СКК и СК имели преимущественно низкодифференцированные опухоли III и IV степени дифференцировки (53,6 и 66,4% соответственно) по сравнению с ЭК (29,9%) и с МК (12,9%). На I и II стадии 68,7, 74,7 и 73,4% случаев СКК, ЭК и МК соответственно. Однако ~ 83,2% пациентов с СК имели III — IV стадии. У 58,5% пациентов с СКК были опухоли I стадии. 93,5% пациентов перенесли первичное хирургическое вмешательство. Лучевая терапия проводилась редко у всех пациентов. Повышенные уровни CA125 наблюдались при СКК — 57,6% случаев, ЭК — 60,7%, МК — 49,5% и СК — 75,6%. Пациенты с СКК, ЭК, МК и СК имели 5-летнюю общую выживаемость 63,6, 76,7, 67,8 и 39,8% соответственно, а показатели выживаемости по конкретному заболеванию — 66,4, 80,3, 71,4 и 42,4%. Частота ОБ у пациентов с СК была значительно снижена по сравнению с пациентами с СКК со стадией I, особенно, через 60 мес. ($P = 0,001$). Однако у пациентов с опухолями III и IV стадии различия между пациентами с СК и пациентами с СКК были значительными на основании анализа ОБ (разница составляла 7,588 мес. для стадии III и 15,445 мес. для стадии IV; $P < 0,001$). Не было значительных различий для пациентов с раком на стадии II. Аналогичным образом, когда СКК сравнивался с МК, было выявлено, что прогноз пациентов с СКК был хуже по сравнению с пациентами с МК на стадии I, с различиями ОБ 3,434 месяца ($P = 0,020$); тогда как у пациентов на стадиях III и IV

наблюдались противоположные тенденции: прогноз для пациентов с СКК был более благоприятным по сравнению с пациентами с МК (разница ОВ 10,85 мес. и 8,43 мес.). В общей исследуемой группе показатели 5-летнего ОВ и ВБП у пациентов <65 лет по сравнению с теми, кто ≥65 лет, составляли 57,9 против 34,1% ОВ и 59,9 против 38,2% ВБП, соответственно. У женщин с I, II, III и IV степенью 5-летняя ОВ составила 69,4, 42,2 и 43,5%, а 5-летняя частота ВБП составила 73,0, 44,9 и 45,7% соответственно. Пациенты, перенесшие лимфаденэктомию, имели показатель общей выживаемости за 5 лет 61,7% и показатель ВБП за 5 лет — 64,3%. Химиотерапия не повлияла на прогноз.

Выводы. 1) Пациенты со СКК яичников диагностируются в молодом возрасте, на ранней стадии заболевания и с высокой степенью дифференцировки. 2) Более высокая частота метастазирования в лимфатические узлы является особенностью СКК, которые отличаются от других эпителиальных типов раков.

Куприенко Н. В., Совпель О. В., Шумило И. О., Доценко О. С., Лисаченко И. И., Малик А. В.

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ В ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ С НИЗКИМ И ПРОМЕЖУТОЧНЫМ РИСКОМ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. Хирургический метод является основным при лечении рака эндометрия. В настоящее время в научной среде активно дискутируется вопрос об обоснованности лапароскопических операций при хирургическом лечении рака эндометрия и преимуществах этого метода по сравнению с открытой хирургией. В связи с этим возникает необходимость формирования собственного опыта на примере сравнительной оценки с традиционным доступом, который в дальнейшем позволит более широко использовать лапароскопический метод хирургического лечения рака эндометрия.

Цель. Представить наш опыт лапароскопического лечения больных раком эндометрия в начальной стадии с низким и промежуточным риском лимфогенного метастазирования.

Материалы и методы. В рамках исследования проведен анализ результатов хирургического лечения РЭ у 73 больных раком эндометрия с низким и промежуточным риском лимфогенного метастазирования, получавших лечение на базе отделения онкогинекологии РОЦ им. профессора Г. В. Бондаря. В зависимости от метода доступа (лапароскопия/лапаротомия) обследуемые были разделены на две группы. Исследуемая группа составила 34 пациентки, которым была проведена лапароскопическая гистерэктомия, а 39 больных, прооперированные через лапаротомический доступ, были включены в контрольную группу.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что лапароскопия у больных I стадией рака эндометрия с низким и промежуточным риском лимфогенного метастазирования приводит к уменьшению интраоперационной кровопотери ($50 \pm 7,1$ мл и $267 \pm 45,0$ мл соответственно при $p < 0,38$), уменьшению послеоперационных осложнений (5,9% и 22,9%), благоприятному течению послеоперационного периода (раннее восстановление физиологических функций); увеличивает продолжительность оперативного вмешательства ($120,8 \pm 7,5$ мин. и $75,3 \pm 13,5$ мин. соответственно).

Выводы. Лапароскопические операции у больных I стадией рака эндометрия с низким и промежуточным риском лимфогенного метастазирования приводят к снижению интраоперационных и послеоперационных осложнений по сравнению с открытыми оперативными вмешательствами.

Данькина И. А., Чистяков А. А., Данькина В. В., Данькин К. В.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОК С РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ И РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького»

Введение. В патогенезе рака эндометрия (РЭ) отдельную роль отводят избыточной стимуляции эстрогенами пролиферации эпителиальных клеток, сочетающуюся с недостаточностью прогестерона, что приводит к нарушениям гормонального гомеостаза. Развитие РЭ связано с генетическими особенностями больной, которые обуславливают чувствительность клеток к воздействию вредных факторов среды и значительно повышают риск развития рака.

Цель. Оценка концентрации стероидных гормонов в сыворотке периферической крови больных РЭ и их связи с клинико-морфологическими и генетическими параметрами.

Материалы и методы. Исследованы сыворотка и лимфоциты периферической крови (СПК и ЛПК) у 46 больных РЭ (средний возраст $56,3 \pm 7,3$ года). Контроль — СПК 24 практически здоровых пациенток (средний возраст $43,8 \pm 9,9$ года). Использованы иммуноферментный анализ, цитогенетический, морфологический, статистический.

Результаты. Средний уровень эстрадиола в СПК здоровых пациенток с сохраненной менструальной функцией и при постменопаузе от 1 до 5 лет был ниже, чем у больных РЭ, и составил $69,8 \pm 5,1$ и $29,3 \pm 4,1$ пг/мл. У пациенток с аналогичным статусом менструальной функции концентрация эстрадиола достигала $91,3 \pm 7,6$ и $39,3 \pm 3,4$ пг/мл. При постменопаузе до 10 лет и более концентрация эстрадиола в СПК больных возрастала до $41,6 \pm 3,6$ и $48,5 \pm 3,2$ пг/мл. В то же время уровень прогестерона у здоровых пациенток с сохраненной менструальной функцией был выше ($9,3 \pm 2,6$ нг/мл), чем у больных РЭ ($2,3 \pm 0,3$ нг/мл), а в постменопаузальный период ниже ($0,2 \pm 0,01$ нг/мл), чем у пациенток в соответствующий период ($4,7 \pm 1,3$ нг/мл). При длительности постменопаузы до 10 лет и более уровень прогестерона снижался до $3,4 \pm 0,8$ и $2,7 \pm 0,6$ нг/мл. Коэффициент соотношения эстрадиол/прогестерон у пациенток с сохраненной менструальной функцией был в 4,7 раза выше, а с нормальной массой тела — показатели были низкими. Следует отметить, что у 77,8% больных постменопаузального периода с ожирением обнаружены низкодифференцированные опухоли эндометрия, а у женщин с нормальной массой тела и пациенток с сохраненной менструальной функцией такие опухоли составляли 27,3%.

Выводы. Рак эндометрия является гетерогенным заболеванием по уровню эстроген/прогестеронового баланса в сыворотке крови и хромосомной нестабильностью в лимфоцитах периферической крови, которое связано со статусом менструальной функции и продолжительностью менопаузального периода у больного и требует учета этих отличий при назначении противоопухолевой терапии.

Трубникова И. О., Железная А. А., Ласачко С. А.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА С МИОМОЙ МАТКИ

Донецкий Республиканский центр охраны материнства и детства

Введение. Миома матки — наиболее частая патология у женщин репродуктивного возраста. Распространенность миомы матки во время беременности колеблется от 2,7–10,7%. Данные о влиянии миомы матки на течение беременности противоречивы. Множество публикаций свидетельствуют о том, что миома матки связана с повышенной частотой невынашивания, недонашивания, отслойки плаценты, родовой дистонии, кесарева сечения.

Цель. Проанализировать распространенность миом среди беременных, их особенности (количество, размер, локализацию), осложнения миомэктомии при кесаревом сечении (КС) и прогнозы для матери и плода.

Материалы и методы. На этапе ретроспективного клинико-статистического исследования нами проанализировано 163 беременных женщин, госпитализированных в ДРЦОМД с миомой матки, диагностированной во время беременности. За 2020–2022 гг. в ДРЦОМД прошло 6514 родов. Из них процент родов

с миомой матки составил 2,5%. У 14 (8,6%) беременных произошли самостоятельные роды с миомой матки. При помощи операции кесарева сечения были родоразрешены 149 (91,4%), из них у 60 (40,3%) женщин было КС с миомэктомией и у 89 (59,7%) женщин КС без миомэктомии. Все женщины проходили регулярные пренатальные консультации с первого триместра беременности. Миомы оценивали с помощью УЗИ в каждом триместре беременности. При осмотре акцентировали внимание на количество миом, их размер, расположение и тип.

Результаты. Возраст беременных был от 25 до 45 лет. Средний возраст составил $35,0 \pm 1,4$ года. Большинство случаев приходится на возрастную группу 30–34 лет — 56,4%, за ними следуют беременные в возрасте от 35 до 39 лет — 22,1% случаев. Также было 8 (4,9%) женщин в возрасте от 25 до 29 лет и 11,7% женщин старше 40 лет. Первые роды зарегистрированы в 66,9% случаев, повторные — в 33,1%. Доля женщин с миомой, диагностированной во время беременности — 55,8%, с миомой, диагностированной до беременности — 44,2%. Единичные миомы встречались чаще 62,6% по сравнению с множественными узлами — 37,4%. Наиболее частыми типами миомы были интерстициальная и субсерозная — в 62,0% и 34,4% случаев соответственно, тогда как в 6 случаях (3,7%) были подслизистые миомы. Размер узлов колебался от 1 мм до 15 см в диаметре, средний размер $7,6 \pm 1,2$ см. 50,3% женщин находились на лечении с угрозой преждевременных родов, у 35,6% были преждевременные роды. У 11,7% было преждевременное излитие околоплодных вод и в 5,5% произошла преждевременная отслойка плаценты. В 15,9% была задержка внутриутробного развития, 7,4% детей были маловесными для своего гестационного возраста.

Выводы. Беременные пациентки с миомами подвержены высокому уровню осложнений в дородовом, интранатальном и послеродовом периодах. Несмотря на то, что большинство миом протекают бессимптомно, их расположение и размер могут оказывать влияние на течение беременности, родов и послеродового периода. Необходимы дальнейшие и проспективные исследования, чтобы охарактеризовать течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с миомой матки.

Носкова О. В., Чурилов А. В., Литвинова Е. В., Былым Г. В.

ТРАВМЫ ШЕЙКИ МАТКИ В РОДАХ КАК ДЕТЕРМИНАНТА ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

Введение. Наиболее частыми акушерскими травмами являются повреждения мягких тканей родового канала, в том числе шейки матки, частота возникновения этой патологии составляет от 17 до 28%. Именно своевременное и адекватное восстановление анатомо-функционального строения послеродовой шейки матки дает возможность предотвратить ближайшие и отдаленные неблагоприятные осложнения послеродовых травм.

Цель. Разработка комплексных профилактических мероприятий при акушерских травмах шейки матки для снижения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки.

Материалы и методы. Обследовано 165 беременных женщин, перенесших травмы шейки матки в родах, в возрасте от 18 до 39 лет за период с 2019–2023 гг., проведено бактериологическое, бактериоскопическое, иммунологическое исследование методом ПЦР. В основную группу вошло 60 женщин с разрывами шейки матки, которым применялась разработанная комплексная система профилактических и реабилитационных мероприятий, контрольная группа представлена 105 женщинами, которым применялась общепринятая методика.

Результаты. Средний возраст пациенток составил $24,33 \pm 0,61$ г. У всех обследованных женщин роды осложнились разрывами шейки матки: I ст. — 49 и 81, II ст. — 11 и 24 пациентки в основной и контрольной группах соответственно. В 42 (69,9%) случаях в основной и в 79 (75,3%) в контрольной группе наблюдалось сочетание разрывов шейки матки с травмами тазового дна, влагалища. В основной группе разрывы шейки матки ушивались сразу после отделения последа двухрядными узловыми викриловыми швами, с назначением свечей Гексикон для санации влагалища. В контрольной группе акушерские травмы шейки восстанавливались однорядными узловыми викриловыми швами. При обследовании остальных 103 пациенток выявлены: эрозированный эктропион — 66 (62,9%), лейкоплакия — 19 (18,1%), атипичная зона трансформации — 5 (4,7%), рубцовая деформация — 6 (5,7%), цервицит — 7 (6,7%). В контрольной группе отмечен высокий процент встречаемости лейкоплакии шейки матки (18,1%). При бактериологи-

ческом исследовании цервикальной слизи у 3 пациенток (*Chlamydia trachomatis* — 2, *Mycoplasma hominis* — 1, при онкоцитологическом исследовании мазков с шейки матки выявлены воспалительные изменения — 79 (75,3%), лейкоплакия — 19 (18,1%), дисплазия легкой степени — 5 (4,7%). Пациенткам контрольной группы после санации половых путей проведено лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки: диатермоэлектрокоагуляция (ДЭК) — 3 и лазерохирургическое лечение — 93 (в том числе у 6 женщин лазерная терапия была проведена повторно после ранее произведенной ДЭК). По данным гистероморфологического исследования выявлена следующая патология: явления хронического цервицита у 45–42,8%, эндоцервицит у 18–17,1%, фиброзная деформация у 6–5,7%, лейкоплакия шейки матки у 10–9,5%, хронический эндоцервицит у 5–4,7%, дисплазия легкой степени у 5–4,7%. Высокий процент фоновых и предраковых заболеваний в контрольной группе, явился основанием для применения комплексного подхода. На первом этапе выделяются группы риска по развитию разрывов шейки матки в родах с проведением профилактических мероприятий, на втором этапе разрывы восстанавливались двурядным викриловым швом с применением санации вагинальными свечами Гексикон, при выявлении патологии в послеродовом периоде проводилась хирургическая коррекция с использованием высокоинтенсивного лазерного излучения.

Выводы. Таким образом понятно, что женщины, перенесшие акушерские травмы шейки матки, являются группой риска по возникновению патологии шейки матки. Применение комплексной системы профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий при акушерских травмах шейки матки у первородящих женщин позволило уменьшить число неблагоприятных последствий разрывов шейки матки, улучшить результаты лечения патологии шейки, развившейся в отдаленном периоде.

Антонова О. Л., Чайка В.К., Железная А.А., Гончарова В. В., Прудников А. В.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

Донецкий Республиканский центр охраны материнства и детства

Введение. Рак эндометрия — наиболее частое злокачественное заболевание у европейских женщин. Гиперплазия эндометрия (атипическая) считается, «прекурсором» рака в западном мире (RCOG/BSGE Green top Guideline № 67, p.6). В РФ за последние 20 лет показатель рака возрос на 87% и занимает 2-е место в структуре онкобольных возрастной группы женщин от 50 до 59 лет, а в структуре смертности — 9-е место (5%) (МЗ РФ Клинические рекомендации 2020 по ведению пациенток с раком тела матки и саркомой матки). Приведенные данные и анализ работы ДРЦОМД настоящего времени стали обоснованием изучения данной темы.

Цель. Ознакомить коллег с разработанным сотрудниками ДРЦОМД алгоритмом ведения пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия с учетом особенностей нашего региона.

Материалы и методы. Объектом изучения были 115 пациенток Центра, поступивших в гинекологическое отделение для МВА полости матки. Показания для МВА: гиперплазия эндометрия — 44%, НМЦ по ТПК гиперполименореи — 39%, кровомазания в менопаузе — 13%, серозометра — 3,5%, случаи повторной МВА фиксировались у 9% пациенток. Структура возрастного состава пациенток: 18–35 лет — 6%, 35–45 лет — 15,7%, 45–60 лет — 58%, более 60 лет — 20%. В гинекологическом анамнезе преобладали НМЦ — 31%, воспалительные заболевания составили 38%, дисплазии шейки матки — 13%, бесплодие — 3%, миома матки — 10%, наружно-внутренний эндометриоз — 3%. В структуре паритета одни роды встречались в 64% случаях, двое и более — у 22%, не было родов у 13% обследуемых. Соматический анамнез отягощен был у пациенток возрастной группы: заболевания сердечно-сосудистой системы — у 13%, щитовидной железы — у 9%, ожирение — у 8%, две пациентки получали терапию Тамексифеном по поводу рака молочной железы. Пациентки обследованы с учетом современных британских, американских, европейских руководств, методических рекомендаций МЗ РФ по ведению пациенток с данной патологией. Кроме общеклинических анализов крови, мочи, коагулограммы, биохимических показателей крови, женщин обследовали на уровне Т4, ТТГ, АТПО, гликозилированный гемоглобин, исследовали липидограмму по показаниям; пациенток консультировали маммолог, терапевт, по показаниям эндокринолог, кардиолог, хирург.

Результаты. У 3,4% пациенток при ПГИ выявлена аденокарцинома высокодифференцированная, после пересмотра стекол сотрудниками РОЦ им. Г. В. Бондаря диагноз подтвержден у трех женщин (две оперированы в РОЦ им. Г. В. Бондаря, 1 — в ДРЦОМД, у одной диагноз изменен на атипическую гиперплазию эндометрия. В 66% случаев выявлена гиперплазия эндометрия без атипии, атрофический эндометрит — в 18%

случаев, полип эндометрия — в 10%, поздняя секреторная фаза — в 9%, децидуальная ткань — у 2% пациенток. В ходе обследований впервые выявлена патология: рак щитовидной железы у одной пациентки, гипертоническая болезнь 1–2 ст. — у 34%, ИБС — у 24%, сахарный диабет — у 38%.

Выводы. Приведенные данные свидетельствуют об эффективности приведенной схемы при выявлении причин, связанных с серьезной соматической патологией. Разработанный алгоритм является «золотым ключиком» для «потаенной двери» научно-практической гинекологии.

Гончарова В. В., Железная А. А., Люлько В. Э.

ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького

Введение. Гиперплазия эндометрия представляет собой актуальную медико-социальную проблему. Это обусловлено ограниченными возможностями консервативного лечения, наличием сопутствующих заболеваний, высокой частотой рецидивирования, риском малигнизации, особенно возрастающим в климактерическом периоде. В настоящее время в структуре онкологической заболеваемости у женщин рак эндометрия занимает второе место после злокачественного поражения молочных желез, и, согласно долгосрочному прогнозу ВОЗ, уже через несколько лет возглавит структуру женской онкологической заболеваемости в большинстве развитых стран.

Цель. Оценить имеющиеся данные наблюдений о заболеваемости и распространенности гиперплазии эндометрия среди женщин в перименопаузе и исследовать влияние конкретных факторов риска.

Материалы и методы. Был проведен систематический обзор 1785 литературных источников с 2017 по 2022 годы с использованием баз данных Embase и PubMed. Поиски были разработаны для выявления исследований по эпидемиологии гиперплазии эндометрия (ГЭ), опубликованных на английском языке с 2017 г. или позже, в популяциях преимущественно женщин в перименопаузе. В исследованиях требовалось наличие данных о подтвержденной морфологически ГЭ не менее чем у 500 женщин. Результат — изучение распространенности и заболеваемости ГЭ и/или влияние предварительно определенных факторов риска, включая возраст, индекс массы тела (ИМТ) и сахарный диабет.

Результаты. Заболеваемость ГЭ среди женщин в перименопаузе увеличивалась с возрастом и достигала 121 и 270 случаев на 100 000 у южнокорейских женщин в возрасте 46–50 лет и женщин в США в возрасте 45–49 лет соответственно. Распространенность ГЭ сильно зависела от исследуемой популяции. Оценки распространенности ГЭ в 14 исследованиях женщин в перименопаузе с аномальными маточными кровотечениями (АМК) варьировались от 3,4% до 26,5%, что выше, чем зарегистрированная распространенность в двух исследованиях женщин с бесплодием (0,9% и 3,0%). Исследования факторов риска показали, что увеличение возраста, ИМТ и диабета связаны с увеличением распространенности гипертонической болезни, и кумулятивно — с повышением риска ГЭ.

Выводы. Опубликованные данные об эпидемиологии ГЭ у женщин в перименопаузе неоднозначны, со значительными различиями в методологии исследования и популяциях. Основными факторами, влияющими на распространенность и заболеваемость ГЭ, являются СД, изменения щитовидной железы (гипотиреоз), ожирение, гипертоническая болезнь.

Былым Г. В., Подоляка Д. В., Литвинова Е. В., Туттов С. Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ НА ФОНЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького

Введение. В современном мире не существует эффективных препаратов, избирательно воздействующих на вирус папилломы человека. Лечебные мероприятия направлены, главным образом, на ликвидацию фоновых и предраковых образований, вызванных папиллома вирусной инфекцией. Наряду с деструктивными методами лечения для элиминации вируса и снижения количества рецидивов дисплазии эпителия шейки матки на фоне поражения вирусом папилломы человека (ВПЧ) в настоящее время все чаще назначаются противовирусные и иммунокорректирующие препараты.

Цель. Показать эффективность применения препарата Аллокин-альфа в сочетании с конизацией шейки матки в процессе лечения дисплазии эпителия шейки матки умеренной и тяжелой степени на фоне инфицирования ВПЧ.

Материалы и методы. Нами были обследованы 46 пациенток с дисплазией эпителия шейки матки умеренной и тяжелой степени на фоне ВПЧ 16/18-го типа. Диагноз верифицирован морфологически. Средний возраст обследованных женщин — $28,6 \pm 2,6$ года. Основную группу составили 26 женщин, получивших иммуномодулирующее и хирургическое лечение. Группу сравнения составили 20 пациенток с аналогичным диагнозом, которым была проведена только электроконизация шейки матки. Эти группы были сопоставимы по возрастным, анамнестическим и клиническим показателям. Группу контроля составили 10 гинекологически и соматически здоровых женщин, средний возраст которых составил $25,8 \pm 5,7$ года. В исследование включены пациентки с отсутствием клинических и лабораторных признаков воспаления. Первичный диагноз основывался на данных ПЦР-исследования, включающего обследование на хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз и вирусный спектр: вирус простого герпеса, цитомегаловирус, ВПЧ; мазка на микробный пейзаж влагалища и шейки матки, мазок по Папаниколау и расширенная кольпоскопия. Всем пациенткам с дисплазией шейки матки с целью морфологического подтверждения диагноза выполнялось диагностическое выскабливание цервикального канала, биопсия шейки матки, пайпель-биопсия эндометрия. Пациентки основной группы с гистологическим подтвержденным диагнозом получали комбинированное лечение: перед хирургическим этапом назначался Аллокин-альфа 1 мл лекарства каждые 48 часов посредством 6 инъекций. Согласно медицинской инструкции, Аллокин-альфа (Россия) — это фармацевтический препарат, который относится к группе противовирусных средств и содержит 1 мг действующего вещества аллоферона. Представляет собой лиофилизированный порошок для приготовления раствора путем подкожного введения. Лекарство активно в отношении вирусов гриппа, гепатита С и В, вируса герпеса первого и второго типа, ВПЧ и может подавлять онкогенные штаммы данного вируса. Далее выполнялась конизация шейки матки. Оценка эффективности лечения определялась с учетом ПЦР-диагностики, бактериологического и цитологического исследования мазка, кольпоскопического контроля до начала лечения и через 3 месяца после лечения, а также клинического анализа крови (оценивались показатели лейкоцитов, гранулоцитов, лимфоцитов, моноцитов).

Результаты. У женщин всех групп исследовали CD3, CD4, CD8, CD4/CD8, CD20, CD16/56, ИФН- γ , ИЛ-2 и ИЛ-4, циркулирующий ИФН в сыворотке крови, IgG, IgM, Ig A. До начала лечения в основной группе и группе сравнения диагностировалось достоверное снижение показателей уровня CD3, CD4, CD8, CD4/CD8, ИФН- γ , CD20, CD16, IgG, IgM, IgA и повышение ИЛ-2, ИЛ-4, ИФН в сыворотке крови по сравнению с показателями в контрольной группе ($P > 0,05$). У женщин, основной группы, принимавших Аллокин-альфа, отмечалось достоверное увеличение показателей ($P > 0,05$) по сравнению с исходными данными за счет CD4, CD8, CD16, Ig A. При анализе сывороточных IgM, IgG каких-либо достоверных изменений выявлено не было ($P < 0,05$). Пациентки перенесли назначенное лечение без осложнений. У женщин основной группы анализ изменений Т-клеточного звена указывал на выраженное иммунокорректирующее действие препарата в результате лечения. Следует отметить, что ни у одной из пациенток основной группы в течение контрольного периода ВПЧ не выявлялся. Через три месяца после лечения было установлено, что эффективность изолированного оперативного лечения составила 57%, тогда как сочетанное применение конизации шейки матки с курсом иммунокоррекции позволило увеличить эффективность до 93%.

Выводы. Проведенное исследование еще раз доказывает необходимость комплексного лечения эпителиальной дисплазии шейки матки умеренной и тяжелой степени. Своевременно проведенное комбинированное лечение, включающее электроконизацию шейки матки и препарат Аллокин-альфа, является эффективным лечебно-профилактическим комплексом злокачественных процессов шейки матки.

Тутов С. Н., Подоляка Д. В., Белым Г. В., Сенчакова Ю. А., Петренко С. А.

ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ, ВЫЗВАННЫХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького»

Введение. На сегодняшний день папилломавирусная инфекция считается самой распространенной инфекцией, передающейся половым путем и достигает 82% среди женщин репродуктивного возраста. В дальнейшем она может стать причиной рака шейки матки. Все это указывает на необходимость разработки эффективных методов лечения поражений шейки матки вирусом папилломы человека.

Цель. Повысить эффективность лечения папилломавирусных поражений шейки матки у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Для достижения цели нами было обследовано 58 пациенток в возрасте от 19 до 45 лет с эктопиями шейки матки, осложненными папилломавирусной инфекцией, находящихся на учете в ЖК ЦГКБ № 3. Наряду с общеклиническими методами обследования, применялись специальные: расширенная кольпоскопия, обследование на урогенитальные инфекции, определение ДНК хламидий, вируса простого герпеса. Методом случайной выборки все пациентки были разделены на две группы. В первую вошли 26 пациенток, которым проводилось лечение противовирусным препаратом «Эпиген-интим», по схеме 3 раз в день интравагинально в течение 14 дней, всего 2 курса. Первый курс — до лазеродеструкции, второй — через месяц после. Во второй группе было 32 женщины, лечение которым проводилось комбинацией иммуномодулятора «Аллокин-альфа» в дозе 1 мг через день трижды в течение недели перед лазеродеструкцией и препаратом «Эпиген-интим» интравагинально 3 раза в день в течение 14 дней через месяц после лазеродеструкции. Статистическая обработка общих данных выполнена на компьютере с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel» и пакета прикладных программ «Statistica for Windows» v. 7.0, StatSoft Inc., CIUA.

Результаты. Через 6 месяцев контрольное обследование пациенток показало большую клиническую эффективность лечения женщин II группы. При кольпоскопическом исследовании изменения эпителия были обнаружены у 14,3% женщин I группы. Во II группе патологии не выявлено. Через 12 месяцев кольпоскопические изменения имели место у 10,2% женщин I группы, во II группе — кольпоскопия без патологии ($p < 0,05$).

Выводы. Отмечается значительная эффективность терапии шейки матки при папилломавирусной инфекции во II группе, где использовался иммуномодулятор группы аллоферона, кольпоскопически патологии не выявлено, по сравнению с I группой, где кольпоскопические изменения имели место у 10,2% женщин.

Тутов С. Н., Подоляка Д. В., Белым Г. В., Сенчакова Ю. А., Петренко С. А.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького»

Введение. Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) представляют собой важную проблему в современной медицине в связи с высоким риском формирования злокачественных новообразований на их фоне. По данным статистики, частота озлокачествления гиперпластических процессов эндометрия колеблется в пределах 20–30%. Изучение этиологии и поиск эффективных методов лечения остаются весьма актуальными на сегодняшний день.

Цель. Улучшение результатов лечения больных с гиперпластическими процессами эндометрия путем применения термической абляции.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами было обследовано 38 женщин пременопаузального возраста, находящихся на диспансерном учете в ЖК ЦГКБ № 3 с ГПЭ. Алгоритм обследования больных заключался в: сборе анамнеза, жалоб, бимануального вагинального осмотра, лабораторные и специальные методы исследования, УЗИ органов малого таза. Все пациентки были разделены на две группы. Показанием для проведения внутриматочных хирургических вмешательств послужило наличие рецидивирующей гиперплазии эндометрия и неэффективность предыдущей гормонотерапии. В I группу вошли 20 пациенток с рецидивирующей гиперплазией эндометрия, которым выполнялась термическая абляция эндометрия, II (контрольную) группу составили 18 больных с гиперплазией эндометрия, которым

проводилась гистерорезектоскопия, резекции эндометрия. Лечение гормональными препаратами получали пациентки как первой, так и второй групп соответственно. Статистическая обработка общих данных выполнена на компьютере с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel» и пакета прикладных программ «Statistica for Windows» v. 7.0, StatSoft Inc., CIUA.

Результаты. Данное исследование показало преимущество термической абляции перед резектоскопией ввиду меньшей инвазивности и продолжительности. В дальнейшем, через 18 месяцев, у 16 (80%) женщин I группы сохранялась аменорея, у 4 (20%) — опсоменорея. УЗ-картина была аналогичной, что и через 6 месяцев. У 4 (23%) больных II группы через 12 месяцев после операции возобновились обильные кровяные выделения из половых путей. При УЗИ диагностирован рецидив гиперплазии эндометрия. В связи с этим данным пациенткам была выполнена гистерэктомия.

Выводы. Термоабляция эндометрия является методом выбора у больных с рецидивирующей ГПЭ в пременопаузальном периоде. Преимуществами термической абляции эндометрия перед гистерорезектоскопией являются меньшая травматичность и длительность операции, отсутствие тяжелых интраоперационных осложнений, сокращение сроков пребывания больных в стационаре и сроков реабилитации.

Дёмина Д. В., Железная А. А., Демишева С. Г.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ У БЕРЕМЕННЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ В АНАМНЕЗЕ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ/ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького»

Введение. Оперативные вмешательства на яичниках занимают лидирующую позицию по частоте среди всех гинекологических операций. Несомненно, последствия хирургического лечения отображаются на репродуктивном здоровье пациенток. Согласно литературным данным, у женщин с операциями на яичниках чаще регистрируется осложненное течение беременности, в том числе, за счет невынашивания, особенно в первом триместре, при котором гормональный баланс поддерживается благодаря функциональной способности яичников.

Цель. Оценка гормонального статуса в первом триместре у беременных, оперированных в анамнезе по поводу доброкачественных опухолей яичников/опухолевидных образований яичников (ДОЯ/ООЯ).

Материалы и методы. В исследование методом сплошной выборки была включена 161 беременная женщина (группа P1) с хирургическим лечением по поводу ДОЯ/ООЯ в анамнезе. В контрольную группу вошли 30 условно здоровых женщин (группа P2). Оценка в сыворотке крови уровня хорионического гонадотропина человека (ХГЧ), прогестерона, эстрадиола, дегидроэпиандростерон-сульфата (ДГЭА-с) определялась иммуноферментным методом в сроке гестации 6–8 недель. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета SPSS Statistics и пакета анализа табличного редактора Excel для Windows.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что у беременных в группе P1 уровень ХГЧ был статистически значимо ниже, чем у пациенток в группе P2 ($96482,4 \pm 55236,1$ МЕд/л против $134593,3 \pm 39684,4$ МЕд/л, $p < 0,05$), что указывает на возможный риск возникновения нарушений процессов имплантации, инвазии трофобласта и в последующем, плацентации. Более низкие показатели среднего значения уровня прогестерона в I триместре у женщин в группе P1, в сравнение с пациентками в группе P2 свидетельствовало о функциональной недостаточности оперированного органа ($27,4 \pm 5,7$ нг/мл против $31,5 \pm 1,9$ нг/мл, $p < 0,05$). Концентрация эстрадиола у беременных с операцией на яичниках была значимо ниже, чем в группе с интактными яичниками ($1169,4 \pm 503,7$ пг/мл против $1693,1 \pm 247,1$ пг/мл, $p < 0,05$). В то же время, концентрация ДГЭА-с в обследуемых группах не имела значимых различий ($0,7 \pm 0,3$ мкг/мл против $0,7 \pm 0,2$ мкг/мл, $p > 0,05$).

Выводы. Установлено, что у беременных, оперированных в анамнезе по поводу ДОЯ / ООЯ, в отличие от пациенток группы контроля, в I триместре определяется функциональная недостаточность яичников в виде гормонального дисбаланса за счет значимо низкого уровня прогестерона, ХГЧ и эстрадиола. В свою очередь, полученные изменения гормонального статуса оказывают неблагоприятное влияние на развитие беременности и подтверждают необходимость лечебных коррективов с учетом полученных лабораторных данных.

Мацынин А. Н., Миревич Е. Д., Васюта Е. Н., Чурилов А. А.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЦГКБ № 6 г. ДОНЕЦКА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Центральная городская клиническая больница № 6 г. Донецка

Введение. В структуре онкологической заболеваемости женщин злокачественные новообразования шейки матки составляют 15% среди поражений органов репродуктивной системы. По мнению ряда авторов, в современной медицине нет более актуальной проблемы, чем профилактика онкологических заболеваний. И здесь на первом месте должна быть профилактика патологии шейки матки, потому что такие меры могут поддерживать должный уровень репродуктивного здоровья женского населения страны и, как следствие, способствовать увеличению уровня рождаемости и продолжительности жизни.

Цель. Определить основные направления работы гинекологической службы ЦГКБ № 6 г. Донецка по профилактике злокачественных заболеваний шейки матки.

Материалы и методы. Проведен статистический анализ деятельности лечебного учреждения с последующей разработкой программы, направленной на профилактику злокачественных заболеваний шейки матки.

Результаты. По нашему мнению, в структуре здравоохранения на первом месте, обеспечивающее профилактику новообразований шейки матки, стоит амбулаторное звено. А для качественного выполнения поставленных задач, необходима четкая программа и полноценное обеспечение современным оборудованием. В ЦГКБ № 6 г. Донецка принята программа профилактики злокачественных новообразований шейки матки, которая заключается в раннем выявлении фоновых и предраковых заболеваний шейки матки, реализуемая путем обязательного обследования пациенток, обращающихся в наше лечебное заведение. Алгоритм обследования пациентки для выявления патологии шейки матки: 1. Осмотр в зеркалах. При визуальном отсутствии патологии шейки матки: мазок на чистоту влагалища; ПАП-тест (один раз в год). При визуальном выявлении патологии шейки матки: мазок на чистоту влагалища и микробиоценоз; обследование на наличие инфекций, передающихся половым путем; посев из цервикального канала; обследование на ВПЧ, ПАП-тест; кольпоскопия с последующей прицельной биопсией и гистологическим анализом, полученного материала. При отсутствии патологии рекомендован осмотр через год. При выявлении патологии — консультация профильного специалиста (онколога) с последующим лечением (амбулаторным или стационарным), характер которого зависит от выявленной патологии. К сожалению, в настоящее время диагностические возможности лечебного учреждения не позволяют провести обследование на ВПЧ и наличие инфекций, передающихся половым путем, что, в ряде случаев, сопровождается пролонгацией при постановке диагноза. В целом, имеющийся диагностический и лечебный ресурс учреждения позволяет провести обследование пациенток и полноценное лечение на амбулаторном этапе, согласно существующих клинических рекомендаций. В то же время, существует проблема, связанная с приверженностью населения к профилактике заболеваний, в том числе и патологии шейки матки. Прежде всего, это немотивированное нежелание некоторых женщин посещать врача женской консультации. Для преодоления данной проблемы врачами поликлиники, не только акушерами-гинекологами, но и смежных специальностей, проводится санитарно-просветительная работа, заключающаяся в распространении информационных материалов по проблеме патологии шейки матки, как в поликлинике, так и на участках обслуживания.

Выводы. В условиях переходного периода по реформированию системы здравоохранения в Донецкой Народной Республике потребуются время на реализацию разработанной и принятой программы с последующим анализом ее эффективности.

ОНКОУРОЛОГИЯ

Анищенко А. А., Башеев А. В., Хачатрян А. А., Рязанцев А. А.

ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. Рак полового члена (РПЧ) — злокачественная опухоль полового члена, встречается довольно редко, заболеваемость данной патологией составляет менее 1,0 на 100 000 мужчин в РФ. В связи с низкой частотой РПЧ и отсутствием рандомизированных исследований в данной области до сих пор не определен оптимальный вид лечения.

Цель. Оценить результаты лечения методики эндолимфатической химиотерапии (ЭЛХТ) в качестве комбинированного лечения местно-распространенного плоскоклеточного рака полового члена.

Материалы и методы. В данном исследовании проведен анализ результатов лечения 12 больных с местно-распространенным РПЧ, находившихся на лечении в РОЦ им. проф. Г. В. Бондаря с 2010 по 2018 гг. Возраст пациентов колебался от 29 до 68 лет. В представленной работе применялась разработанная в РОЦ методика эндолимфатической химиотерапии (ЭЛХТ) в режиме непрерывной длительной инфузии по схеме PF в адъювантном или неоадъювантном режиме. Всем пациентам выполнялось оперативное лечение в объеме: резекция полового члена или пенэктомия с пахово-бедренной лимфаденэктомией. Определяли стадию и повторную стадию опухоли с помощью компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости и таза. Стадирование опухолей полового члена осуществляется в соответствии с классификацией TNM AJCC/UICC8-го пересмотра (2016 г.). Распределение больных по стадиям: стадия II (T1–2N1M0) — 4 (33,3%), стадия III (T1–3N2M0) — 6 (50,0%), стадия IV (T4N3M0) — 2 (16,7%).

Результаты. Медиана продолжительности наблюдения составила 23,6 месяца (диапазон от 5 до 50 месяцев). Среднее время общей выживаемости составило 24 месяца, а медиана времени без прогрессии заболевания составила 20 месяцев. Один пациент с III стадией РПЧ и частичным ответом (согласно критериям оценки ответа при солидных опухолях, RECIST) умер от причин, не связанных с опухолью, через 37 месяцев после химиотерапии. Два пациента на II и на III стадиях заболевания с полным ответом прожили 43 и 50 месяцев (медиана 46,5 месяцев), были здоровы на момент последнего контрольного визита. У 7 пациентов на III стадии РПЧ с частичным ответом развилось прогрессирование заболевания, и они умерли между 14 и 29 месяцами (медиана 22,1 месяца) после химиотерапии. 2 пациента на IV стадии заболевания умерли на 10 и 15 месяцы соответственно (медиана 12,5 месяца). Токсичность, наблюдаемая у пациентов, была ожидаемой. Наиболее частыми тяжелыми нежелательными явлениями были миелосупрессия ($n = 2$, 16,7%) и нарушение функции почек ($n = 1$, 8,3%). Наблюдалась лейкоцитопения у 2 больных (16,7%), анемия диагностирована у 1 больного (8,3%). Тромбоцитопения 3/4 степени развилась у 1 больного (8,3%). Нарушение функции пищеварительной системы имело место у 2 больных (16,7%) через 2–3 дня после лечения, и это продолжалось в течение 3–4 дней. Все субъективно непереносимые и клинические осложнения были преходящими и умеренными в тяжести.

Выводы. Предварительные результаты показали, что эндолимфатическая химиотерапия может использоваться в качестве комбинированного лечения местно-распространенного плоскоклеточного рака полового члена. Первичный анализ выживаемости и частотой ответа опухоли с низкой токсичностью показали эффективность данной стратегии. Однако, оптимальные агенты, циклы и отдаленные результаты лечения должны быть дополнительно определены в дальнейших исследованиях.

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Семикоз Н. Г., Рязанцева Д. С., Тараненко М. Л., Литвинова А. С.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РОЦ ИМ. ПРОФ. Г.В. БОНДАРЯ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. Среди мужского населения Российской Федерации рак предстательной железы (РПЖ) занимает второе место после рака легких. Около 70% больных РПЖ обращаются за медицинской помощью на III–IV стадии заболевания, что обосновывает применение дистанционной лучевой терапии с целью повышения продолжительности и качества жизни. В последние годы в медицинском сообществе возрос интерес к гипофракционированию. Опубликовано большое количество исследований по изучению различных вариантов гипофракционирования, которые демонстрируют хорошую переносимость и высокую эффективность данного режима лечения.

Цель. Провести оценку эффективности, разработанной в РОЦ им проф. Г. В. Бондаря, методики поэтажного облучения костей таза и предстательной железы с использованием режима гипофракционирования при лечении РПЖ с метастатическим поражением скелета.

Материалы и методы. В исследование были включены 43 пациента с метастатическим раком предстательной железы. Лечение проведено по разработанной в РОЦ им. проф. Г. В. Бондаря методике поэтажного облучения предстательной железы и костных метастазов в режиме гипофракционирования (рацпредложение № 6562 от 13.04.2022). Методика заключается в следующем: область таза делится на нижний и верхний этаж. В нижнем этаже в область облучения включают предстательную железу, нижний этаж костей таза, при необходимости — верхнюю треть бедренных костей. В верхний этаж в объем облучения входит верхний этаж костей таза. Разовая очаговая доза составляет (РОД) 4 Гр, суммарная очаговая доза (СОД) — 24 Гр. На предстательную железу облучение проводится до изоэффективных СОД 70 Гр классического фракционирования. Облучение проводится ежедневно с чередованием верхнего и нижнего этажей таза. Возможно параллельное облучение внетазовых костных метастазов.

Результаты. Спустя 3 недели после завершения лучевой терапии болевой синдром полностью купирован у 18 пациентов (41,9% случаев), уменьшение болевого синдрома отметили 25 пациентов (58,1% случаев). В процессе лечения наблюдались лучевые реакции: энтероколит отмечен у 6 пациентов (13,9% случаев), цистит — у 5 пациентов (11,6% случаев). Лучевой дерматит не отмечался.

Выводы. Методика лучевой терапии с поэтажным облучением костей таза, использованием режима гипофракционирования позволяет снизить токсические эффекты лучевой терапии на критические органы, уменьшить сроки пребывания пациента в стационаре. Терапия хорошо переносится и приводит к стойкому купированию болевого синдрома.

Лебедеженко И. М., Крылова Т. А., Санникова Е. О.

ТОТАЛЬНОЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБЛУЧЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ В НМИЦ ОНКОЛОГИИ ИМ.Н.Н.БЛОХИНА

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

Введение. Основной задачей тотального терапевтического облучения (ТТО) при острых лимфобластных лейкозах является необратимая элиминация злокачественных клоногенных клеток и иммуносупрессия перед трансплантацией костного мозга. Сложный вопрос дозиметрического и технологического обеспечения тотального облучения тела человека решается с учетом индивидуальных технических возможностей радиотерапевтического парка оборудования и может реализовываться как на ускорителях с внешней, так

и с встроенной гантри. Методика ТТО в НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина с 2008 г. реализуется на ускорителях с внешней гантри.

Цель. Рассказать о специфике физико-дозиметрического обеспечения методики одномоментного ТТО и проанализировать накопленный опыт облучения взрослых и детей.

Материалы и методы. Главными медико-техническими требованиями к проведению ТТО являлись состояние ремиссии больного, низкая мощность дозы облучения и одномоментное облучение. Этапы подготовки больного к ТТО включают: комплексное дозиметрическое обеспечение в условиях рассеянного излучения, подготовку больного на рентгеновском и компьютерном томографе, «отливку» индивидуальных защитных блоков на легкие, дозиметрическое планирование и верификацию. Проведение фракционированного облучения всего тела с РОД = 2 Гр, СОД = 12 Гр 2 раза в день, за три дня и 6 фракций на зарезервированном для этих целей ускорителе электронов с внешней гантри Clinac iX с максимальной энергией тормозного излучения в спектре 6 Мэ В. Размер поля по шкале коллиматора $S=40 \times 40$ см² на расстоянии 5,5 метров соответствует полному размеру тела человека. Мощность дозы — низкая, от 0,08–0,1 Гр/мин. Суммарная доза на легкие составляет 8 Гр у взрослых и 6–7 Гр у детей. Положение больного на столе за экраном из плексигласа с закрепленными на нем защитными блоками — «лежа на боку» с фиксацией в вакуумном матрасе и болюсами из мешочков с рисом. Планирование облучения и расчет мониторинжных единиц осуществляется на СП Eclipse по данным рентгеновского КТ. Точка дозирования располагается на уровне средней сагиттальной плоскости, в центре поперечного сечения на уровне пупка либо легких (у детей). Разовая доза на точку дозирования подводится с двух сторон с равным вкладом. Предлучевая подготовка для определения формы защитного экрана на легкие проводится на КТ. Блоки для защиты легких изготавливаются из тяжелого сплава «церробенд» на «фабрике блоков».

Результаты. С 2008 г. по 2019 г. по методике ТТО пролечено 45 взрослых и в 2023 г. — 20 детей в возрасте до 17 лет с острым лимфобластным лейкозом. Три четверти взрослых на настоящий момент живы и ведут активный образ жизни. Сроки наблюдения за детьми недостаточны, и выводы делать рано.

Выводы. Методика ТТО в сочетании с последующей трансплантацией костного мозга является эффективным средством увеличения безрецидивной выживаемости онкологических больных.

Семикоз Н. Г., Тараненко М. Л., Рязанцева Д. С., Бондарь А. В.
**МУКОМЕТРА КАК ПОЗДНЕЕ ПОСТЛУЧЕВОЕ
ОСЛОЖНЕНИЕ СОЧЕТАННОГО КУРСА ЛУЧЕВОЙ
ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ**

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. При раке шейки матки ведущим методом лечения является лучевая терапия, которая применяется как самостоятельно, так и в комбинации с другими способами. В ряде случаев наблюдаются ранние и поздние лучевые реакции и повреждения окружающих тканей. В связи с этим, проблема предупреждения и лечения лучевых повреждений остается актуальной.

Цель. Изучение этиологии и возможностей хирургического лечения мукометры.

Материалы и методы. В РОЦ им проф. Г. В. Бондаря проведено лечение 47 пациенток, у которых в сроки от 4 месяцев до 7 лет после завершения курса сочетанной лучевой терапии по поводу рака шейки матки развилась мукометра. Наиболее характерными симптомами развития осложнений являются боли внизу живота, отдающие в прямую кишку, частые позывы на мочеиспускание. При вагинальном и ректальном исследованиях определялось: стеноз влагалища и заращение сводов, рубцовая деформация и полная стриктура шейки матки, влагалище конусовидной формы. Матка тестоватой консистенции, болезненная, ограниченная в подвижности. У трех пациенток при ректороманоскопии и пальцевом исследовании выявлена опухолевая инфильтрация клетчатки малого таза, слизистая передней стенки прямой кишки на большом протяжении иммобильна. Проведено оперативное лечение 44 пациенткам. В 5 случаях, в связи с продолжением болезни произведена пробная лапаротомия. Полость матки дренирована бужированием цервикального канала. 39 пациенткам выполнена экстирпация матки с придатками. Техника операции на матке при мукометре требует в каждом случае индивидуального подхода.

Результаты. При макроскопическом исследовании установлено, что частичная или полная обтурация канала шейки матки была обусловлена прорастанием опухолевой ткани (22 наблюдения), развитием рубцово-спаечного, поствоспалительного процесса в цервикальном канале (10 наблюдений) или сочетанием фиброзных изменений в эндоцервиксе с аналогичными изменениями в параметрии, сопровождающимися

деформацией шейки матки (13 наблюдений). В течение 5 лет умерло 12 больных. От одного года до трех лет — 7 больных: 4 — в связи с продолжением болезни, 1 — от сопутствующей патологии и 2 — от сердечно-сосудистых заболеваний. Более 5 лет живы 9 больных. Сведения о 3 пациентках отсутствуют.

Выводы. В большинстве случаев мукометра развивается на фоне продолжения рака шейки матки. Своевременная диагностика мукометры у больных, получавших сочетанную лучевую терапию по поводу рака шейки матки, позволяет провести хирургическое лечение в объеме радикального.

Семикоз Н. Г., Куприенко Н. В., Шумило И. О., Малик А. В., Доценко О. С., Лисаченко И. И.

ПОЗДНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. Сочетанная лучевая терапия является традиционным способом лечения местнораспространенного рака шейки матки IIб-IIIа стадий. Одним из наиболее частых и серьезных осложнений сочетанной лучевой терапии является мукометра или пиометра, при этом общепринятая тактика лечения этих состояний в настоящее время не разработана.

Цель. Проанализировать причины возникновения и определить тактику лечения поздних деструктивных осложнений лучевой терапии у больных раком шейки матки.

Материалы и методы. В исследование включено 59 больных с раком шейки матки IIб-IIIа стадий в возрасте от 27 до 83 лет, у которых в сроки от 6 месяцев до 3-х лет после проведения сочетанной лучевой терапии возникли поздние лучевые осложнения. У 47 (79,6%) пациенток отмечено развитие постлучевой мукометры, а в 16 случаях отмечено ее сочетание с мукоколюпсом в тех случаях, когда обтурация имела место на уровне нижней трети шеечного канала. Пиометра, как осложнение сочетанной лучевой терапии, наблюдалась в 12 (20,4%) случаях, при этом все случаи пиометры сочетались с пиоколюпсом.

Результаты. Установлено, что развитие поздних деструктивных осложнений связано с разрастанием рубцовой и опухолевой ткани на уровне нижнего сегмента тела матки. В качестве лечения поздних деструктивных осложнений оперативное пособие (гистерэктомия) была использована у 44 (74,5%) пациенток, у 15 (25,5%) пациенток было произведено бужирование цервикального канала.

Выводы. Развитие поздних деструктивных осложнений в большинстве случаев связано с прогрессирующим опухолевым процессом, что делает важной своевременную диагностику этих состояний. Основным методом лечения муко- и пиометры является хирургический в объеме экстирпации матки с придатками.

Семикоз Н. Г., Литвинова А. С., Рязанцева Д. С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА РАСЩЕПЛЕННЫМ КУРСОМ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря

Введение. Число выявленных новообразований головного мозга неуклонно растет с каждым годом, становясь не только медицинской проблемой, но и социальной. В различных странах медиана выживаемости колеблется от 6 месяцев до 1 года, сопровождаясь зачастую утратой трудоспособности и нейрокогнитивной дисфункцией. Высокий риск инвалидизации и смертности у этой категории пациентов диктует потребность в поиске эффективных методик лечения.

Цель. Оптимизировать методику лучевого лечения нейроонкологических больных с выраженной неврологической симптоматикой, осложненным течением.

Материалы и методы. В 2006–2020 гг. в центре проведена конформная лучевая терапия 1472 пациентам с опухолью головного мозга. В два этапа получили лечение 622 больных, из них 365 в послеоперационном периоде и 257 пациентов получили расщепленный курс лучевой терапии как самостоятельный вид лечения.

Объем облучения включал границу или ложе опухоли, после определения их на КТ и МРТ + до 2 см здоровой ткани мозга, в зависимости от гистологической структуры. В 77,1% случаев диагноза морфологически верифицированы, у 22,9% пациентов диагноз выставлен врачом-нейрохирургом на основании данных лучевого исследования. Радиотерапия проводилась на фоне противоотечной терапии во время всего курса лечения.

Критериями отбора для проведения двухэтапной лучевой терапии стали: размер опухоли — более 6 см в наибольшем измерении; выраженный отек мозга на КТ или МРТ, со сдавлением желудочков мозга; локализация опухоли в стволе мозга и/или мозжечка; ослабленное состояние пациента (индекс Карновского ≤ 50). На первом этапе суммарные очаговые дозы доводятся до 30–40 Гр с последующим 3-х недельным перерывом в лечении. Далее проводится повторная КТ-разметка и планирование, в ходе которых выполняется оценка динамики процесса. Второй этап оканчивается достижением СОД в 60–70 Гр.

Результаты. Лечение по двухэтапной методике в полном объеме проведено у 613 из 622 (98,6%) пациентов.

Общая одно и двухлетняя выживаемость пациентов, пролеченных до 2020 г. по группам в зависимости от гистологической структуры: опухоли низкой степени злокачественности (I–II) — 97 и 93%, средне- и высоко злокачественные опухоли (III–IV) — 86 и 71%, опухоли без верифицированной гистологической структуры — 89 и 74% соответственно.

Выводы. Проведение лучевой терапии в два этапа доказало свою эффективность, вследствие чего может быть показано при большом объеме опухоли и перифокальном отеке, так как позволяет подвести дозу к опухоли без выраженных реакций и осложнений.

Крылова Т.А., Хромов С. С., Черных М.В., Михайлова А. В.

ГАРАНТИЯ КАЧЕСТВА: ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДИЧЕСКИХ ТЕСТИРОВАНИЙ К ОБНАРУЖЕНИЮ ОШИБОК

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

Введение. Контроль качества (КК) индивидуальных планов для конкретного пациента играет значимую роль в обеспечении безопасности лечения планирования и проведения сложных методов лечения, таких как объемно-модулированная лучевая терапия (VMAT). КК индивидуальных планов VMAT проверяет способность системы дозиметрического планирования (СП) точно рассчитать распределение дозы, системы записи и верификации передать план облучения, и непосредственно линейного ускорителя реализовать план.

Цель. Целью данной работы является описание методов, позволяющих выявить возможности обнаружения и влияния неопределенностей подведения дозы на линейном ускорителе при реализации VMAT планов пациентов.

Материалы и методы. Для расчета дозиметрических планов использовались системы планирования Eclipse версий 8.6 и 16.0, передающие планы на ускорители Clinac (Varian) и Halcyon (Varian), соответственно. Каждый план связан с файлом, содержащим параметры движения МЛК — положения лепестков во времени, который может быть экспортирован и изменен вручную или с помощью разработанного ПО для имитации неточностей или ошибок в движении МЛК. Верификация планов проводится с помощью независимых дозиметрических устройств, таких как двумерные и трехмерные массивы детекторов, радиохромные пленки и устройство портальной дозиметрии, которые должны быть способны выявлять клинически значимые ошибки в планах лечения и распознавать планы лечения, не содержащие ошибок. Альтернативным методом проверки корректности реализации плана является просмотр данных о движениях МЛК. После реализации лечебного плана с управляющих систем линейных ускорителей возможен экспорт так называемых log-файлов — Dynalog файлы для аппаратов Clinac и Trajectory log файлы для Halcyon, которые показывают положения лепестков, шторок коллиматора, гантри, статус пучка (beam on/beam off) и др. параметры во времени. Информация из этих файлов может быть соотнесена с параметрами из СП, на основе чего сделаны выводы об отклонениях при реализации плана.

Результаты. В результате работы были описаны методы, позволяющие выявить возможности обнаружения и влияния неопределенностей подведения дозы на линейном ускорителе при реализации VMAT планов пациентов. Основными этапами являются:

- Импорт МЛК-файла из СП
- Внедрение систематических или случайных ошибок. Систематические ошибки «смещают» наборы лепестков с каждой из сторон либо к друг другу, либо от, либо в одну сторону, оставляя неизменной форму и размер апертуры. Случайные ошибки могут вноситься посредством разработанного ПО на базе Mathlab или Pylinac, либо посредством копирования данных из Dynalog/Trajectory log файлов, отражающих реальные случайные ошибки в положении лепестков.
- Расчет планов с внедренными ошибками, экспорт плана на фантом с детектирующим устройством
- Облучение фантома согласно рассчитанным планам
- Оценка планов при верификации проводится согласно отчету AAPM TG-218 посредством гамма-анализа по критерию 3%/2мм с уровнем толерантности $\geq 95\%$ и уровнем вмешательства $\geq 90\%$.
- Анализ чувствительности средств детектирования должен отражать зависимость количества точек, прошедших по гамма-анализу, от величины внедренных систематических ошибок, а также в целом их выявляемость. Одним из подходящих методов анализа является ROC-анализ, при котором строится зависимость чувствительности метода (доля планов без ошибок, которая положительно прошла верификацию) от его специфичности. Количественная интерпретация ROC даёт показатель AUC (Area Under Curve, площадь под кривой) — площадь, ограниченная ROC-кривой и осью доли ложных положительных результатов — отражающей границу, начиная с которой ошибка становится выявляемой.

Выводы. В результате работы были описаны методы выявления, оценки анализа неопределенностей подведения дозы на линейном ускорителе при реализации VMAT планов пациентов.

ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ

Дубовая А. В., Тонких Н. А., Сосна В. В.

ГЕМАНГИОМЫ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М Горького

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака

Введение. На кафедре педиатрии № 3 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО на основании первичной медицинской документации и материалов последующих наблюдений с 2014 г. на базе MS Excel создан «Реестр детей с инфантильными гемангиомами (ИГ), проживающих в Донецкой области», позволяющий выбрать и оценить возможности тактики активного наблюдения за ребенком и пропранолол-терапии.

Цель. Разработать маршрутизацию пациента с ИГ, оценить естественное течение ИГ и перспективы их консервативного лечения.

Материалы и методы. Реестр включает информацию о 74 детях с ИГ (56 девочек, 18 мальчиков) в возрасте от 2 месяцев до 5 лет. На I этапе детский хирург верифицирует диагноз ИГ, далее педиатр, используя специализированную шкалу IHReS (Infantile Hemangioma Referral Score), определяется с тактикой дальнейшего ведения ребенка. На II этапе при решении вопроса о пропранолол-терапии проводится дообследование пациента, подбор дозы. Пропранолол назначают из расчета 0,5–2,5 мг/кг/сут. с титрованием в течение 3–4 недель. Продолжительность терапии составила от 6 до 15 месяцев. Во время приема пропранолола всем пациентам проводят мониторинг ЧСС и АД. Контроль за эффективностью терапии осуществляют путем ультразвукового исследования, фотодокументирования гемангиом. III этап — динамическое наблюдение, коррекция дозы, контроль каждые 1–3 мес. На IV этапе — постепенная отмена терапии, оценивается контроль эффективности и безопасности проведенного лечения, проводится профилактика ребаунд-синдрома.

Результаты. По локализации преобладали ИГ области головы и шеи (48 (64,9%) чел.), 15 (20,3%) чел. имели ИГ туловища, 8 (10,8%) чел. — конечностей, 3 (4,1%) чел. — половых органов. У 18 (24,3%) чел. выявлено более 3-х ИГ различной локализации. Сопутствующая патология: у 59 (79,7%) чел. — перинатальное поражение ЦНС, у 45 (60,8%) чел. — рахит, у 29 (39,2%) — железодефицитная анемия различной степени тяжести.

Группу динамического наблюдения составил 21 (28,4%) ребенок. У 12 из них (57,1%) после коррекции сопутствующей патологии отмечена инволюция ИГ в течение 3–6 мес., у 7 (33,3%) детей — полная регрессия. Остальные дети получали местно аппликации 0,5% раствором тималола с положительным эффектом.

Безусловные показания к назначению β -блокаторов имели 53 (71,6%) пациента. У всех отмечен положительный эффект, начиная с первых дней терапии, в виде изменения цвета гемангиом, прекращения кровотечения, уменьшения площади, вплоть до полной регрессии опухоли. Побочные реакции в процессе лечения не установлены. Катамнестическое наблюдение продолжалось 3 года — у 6 чел., 1,5 года — у 18 чел., 6 мес. — у 8 чел. Рецидивов гемангиом не было.

Выводы. На первом этапе для улучшения процесса принятия решения относительно направления пациентов с ИГ к профильным специалистам рекомендовано использование шкалы IHReS. При наличии показаний к терапии перспективным, эффективным и безопасным методом консервативного лечения ИГ является пропранолол.

Чепурной М. Г., Кузнецов С. А., Новошинов Г. В., Франциянц К. Г.
**ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ. ОПЫТ КЛИНИКИ**

ГБУЗ РО «ОДКБ»

Введение. Несмотря на то, что опухоли мочевого пузыря встречаются во всех возрастных группах, они крайне редко наблюдаются у детей. Данный факт во многом затрудняет определение тактики ведения и лечения пациентов. В настоящее время, в связи с увеличением выживаемости детей с онкологической патологией, встает вопрос об органосохранном лечении, что особенно важно при опухолях мочевого пузыря. Из эпителиальных опухолей разными авторами описываются уротелиальные папилломы, уротелиальные опухоли неопределенного потенциала злокачественности (УОНПЗ), уротелиальные карциномы.

Цель. Охарактеризовать опухоли мочевого пузыря у детей и подростков и оценить результаты проведенного лечения по опыту урологического отделения ГБУЗ РО «ОДБ» Минздрава России.

Материалы и методы. Материалом послужили клинические наблюдения 2 медицинских учреждений Ростовской области: отделения детской онкологии ФГБУ «НМИЦ онкологии» МЗ РФ и ГБУЗ РО «ОДКБ» МЗ РФ. Всего с эпителиальными опухолями проходили лечение 6 пациентов за 5-ти летний период наблюдения. Из неэпителиальных злокачественных опухолей наблюдались пациенты только с эмбриональной рабдомиосаркомой. За 20-ти летний период таких пациентов по Ростовской области было 5, что соответствует мировой статистике.

Результаты. Макроскопически при цистоскопии опухоли представляли собой ворсинчатые образования средним размером 1,2 см. 5 больным выполнена трансуретральная резекция, одному пациенту — открытая резекция мочевого пузыря по поводу рецидива уротелиальной опухоли после ТУР по месту жительства. Интраоперационная внутривезикулярная химиотерапия проведена двум пациентам. Гистологически у одного пациента выставлен диагноз «уротелиальная папиллома», у 5 больных — «уротелиальная опухоль НПЗ». Причем у 2 пациентов из 5 на начальном этапе гистологического исследования ставился диагноз уротелиальной карциномы, и только после консилиума врачей-патоморфологов выставлен диагноз уротелиальной опухоли НПЗ. Всем больным с эмбриональными рабдомиосаркомами терапия проводилась согласно протоколу CWS. Хирургическое вмешательство у 2 детей выполнено в объеме цистэктомии с деривацией мочи в кишечник. В настоящее время пациенты живы в течение 15 лет. 2 больным хирургическое лечение не проводилось по причине отказа от цистэктомии — в результате один из пациентов погиб от прогрессии заболевания и один только закончил химиолучевое лечение. Одному больному на этапе лечения выполнена операция в объеме цистотомии с резекцией шейки мочевого пузыря с остаточной опухолью. В настоящее время ребенок жив без признаков рецидива и прогрессии заболевания и с отсутствием функциональных нарушений мочеиспускания. После окончания лечения прошло 3 года.

Выводы. Учитывая сложность морфологической дифференциальной диагностики между уротелиальной карциномой и уротелиальной опухолью НПЗ, необходимо с большой осторожностью подходить к интраоперационной, интравезикальной полихимиотерапии. При эмбриональных рабдомиосаркомах мочевого

пузыря необходима тщательная оценка возможности органосохранного хирургического лечения с применением цистоскопии, МРТ, КТ, а проведение калечащих операций возможно только в случае, когда другие методы лечения исчерпаны.

Зубов А. Д.

БИОПСИЯ ОПУХОЛЕЙ ПЕРЕДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ У ДЕТЕЙ

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

Введение. Морфологическая верификация опухолей средостения является необходимым условием их адекватного лечения, особенно, в детском и подростковом возрасте. Материал для исследования может быть получен путем пункционной биопсии. Непрерывная ультразвуковая навигация биопсии может повысить результативность выполняемого вмешательства.

Цель. Оценить возможности чрескожной биопсии под ультразвуковым контролем в дифференциальной диагностике опухолей переднего средостения у детей.

Материалы и методы. 16 детям возрастом от 1 года до 17 лет с новообразованиями переднего средостения выполнена чрескожная пункционная трепанбиопсия под ультразвуковым контролем. Использован сканер Toshiba Aplio 500 с конвексным датчиком 5 МГц, визуализацию осуществляли в В-режиме и режиме доплеровского картирования. Пункцию выполняли из парастернального доступа иглой для трепанбиопсии 16–18 G под местной анестезией (в 11 случаях) или под масочным наркозом с проведением иглы в опухоль при задержанном дыхании (в 5 случаях).

Результаты. Непрерывный УЗ контроль позволил избирательно выполнить трепанбиопсию из требуемого участка новообразования, избираемого исходя из размера, эхографических характеристик и особенностей васкуляризации опухоли. Во всех случаях получен материал, достаточный для анализа, что позволило диагностировать саркому в 5 (31,2%), лимфогранулематоз в 8 (50,0%) и тимому в 3 (18,8%) случаях. Полученные данные имели решающее значение в выборе тактики лечения пациента. Из осложнений отмечены кратковременные болевые реакции. Установлено, что применение доплерографической визуализации кровотока по ходу пункционного канала позволяет уменьшить риск травматизации межреберных и внутригрудных сосудов, а доплерографическая оценка васкуляризации опухоли — исключить попадание пункционной иглы во внутриопухолевый сосуд, что повышает информативность полученного материала и предупреждает развитие внутриопухолевого кровоизлияния.

Выводы. Чрескожная пункционная биопсия под ультразвуковым контролем с применением доплеровского картирования является высокоэффективным и безопасным методом дифференциальной диагностики образований переднего средостения у детей.

ОПУХОЛИ КОСТЕЙ

Попенко Г. С., Чирах Е. С., Штутин А. А., Шимченко В. А.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Республиканский травматологический центр МЗ ДНР, г. Донецк

Введение. Метастатические поражения длинных костей занимают третье место после метастазов в позвоночник и таз и обуславливают резкое снижение опорно-двигательной функции и качества жизни пациентов. Тактика лечения данной категории больных до настоящего времени не унифицирована и требует дальнейшего совершенствования.

Цель. Анализ результатов органосохраняющего хирургического лечения больных с метастатическими поражениями длинных костей конечностей.

Материалы и методы. Проведен анализ материалов органосохраняющего хирургического лечения 127 пациентов отделения костной патологии Республиканского травматологического центра за период 2016–2022 гг. Мужчин было 72 (56,7%), женщин — 55 (43,3%). Средний возраст $62,3 \pm 4,8$ года (48–76). Метастазы в бедро выявлены у 59 (46,5%), плечо — 47 (37,0%), предплечье и голень — 21 (16,5%). Патологические переломы определялись у 84 (66,1%) больных. Всем пациентам помимо стандартной клинικο-лучевой диагностики для верификации диагноза выполнялось тонкоигольное биопсийное исследование. Пациенты, которым было отказано в оперативном лечении, и подвергшиеся органосохраняющим вмешательствам, в данное исследование не включались.

Применяемая тактика включала возможно радикальную резекцию очага метастатического поражения с замещением формирующегося дефекта для восстановления анатомической и функциональной полноценности сегмента. Замещение костного дефекта после внутрисуставной резекции костным цементом было выполнено в 17 случаях, костезамещающими материалами (Коллапан, Лиопласт, Туттопласт) — 9 случаев. Во все остальных наблюдениях диафизарных поражений производили сегментарную резекцию и металлополимерный остеосинтез — интрамедуллярным стержнем (14) и пластинами — 47 случаев. Металлополимерное индивидуальное эндопротезирование выполнено в 40 наблюдениях. После проведения онкоортопедического лечения все больные направлялись для дальнейшего наблюдения и лечения в онкологический центр.

Результаты оценивали клинικο-рентгенологически в сроки 3, 6, 12 месяцев, 2 и 3 года после операции. Для оценки качества жизни использовали опросник SF-36 в модальностях: физическое функционирование, ролевое состояние, интенсивность боли, социальное функционирование.

Результаты. Ближайшие положительные результаты были получены во всех наблюдениях. Местные раневые осложнения в виде гематомы (4), краевого некроза (2) и поверхностной инфекции (2) составили 6,3% и не повлияли на течение заболевания. Глубоких раневых осложнений не наблюдали. При оценке в течение первого года у 116 больных было установлено отсутствие местного рецидива и восстановление анатомо-функциональной полноценности конечности — способность к самостоятельному передвижению, самообслуживанию и привычной деятельности. Сведения об 11 пациентах получить не удалось. Оценка по опроснику SF-36 показала отсутствие болевого синдрома в оперированном сегменте и восстановление физических функций на уровне $72,6 \pm 7,4$ балла.

В срок более 1 года обследовано 67 пациентов. Из них в 9 случаях наблюдались местный рецидив процесса, появление метастазов другой локализации — 8 пациентов, нестабильность установленной конструкции — 3 наблюдения. Все указанные больные были повторно оперированы с сохранением конечности.

К 3-летнему периоду имеются сведения о 46 больных, сохраняющих возможность полноценного функционирования оперированных конечностей.

Выводы. Органосохраняющая тактика хирургического лечения метастатического поражения длинных костей должна обосновываться тщательным клинικο-инструментальным и морфологическим исследованием. Применение современных онкоортопедических технологий позволяет не только сохранить конечность, но и способствует реабилитации и восстановлению качества жизни пациентов.

Романцова О. М., Хайруллова В. В., Ефимова М. М., Кургизов К. И.

САРКОМА ЮИНГА. ЧТО ПОМЕНЯЛОСЬ ЗА ПОСЛЕДНЕЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ. ОПЫТ НИИ ДООИГ ИМ. Л.А. ДУРНОВА

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

Введение. Несмотря на достижения современной онкологии, лечение саркомы Юинга у детей и подростков остается актуальной и малоизученной проблемой ввиду редкой встречаемости и биологических особенностей опухоли. Саркома Юинга — это вторая по частоте среди злокачественных опухолей костной системы у детей и подростков, характеризующаяся высоко агрессивным течением.

Цель. Улучшить показатели выживаемости у пациентов с саркомой Юинга.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2022 годы, проанализированы данные комплексного обследования и лечения 330 больных СЮ в стадии 2А–4В, получавших лечение в НИИ ДООИГ. Проведен сравнительный анализ двух применяемых в НИИ ДООИГ протоколов лечения пациентов с саркомой Юинга (ММСЮ-99 и СЮ-2017). Среднее время наблюдения за пациентами, получившими ММСЮ 99, составило $59,0 \pm 43,1$ мес.,

а СЮ-2017—30,8±16,3 мес. ($p=0,0000001$). Протокол ММСЮ 99 проведен 210 пациентам, СЮ-2017—120 пациентам. По остальным параметрам группы были полностью сопоставимы. Интенсификация в протоколе ММСЮ-99 осуществлялась за счет эскалации дозы алкилирующих агентов в индукции, в протоколе СЮ-2017 — за счет интервала сжатия и применения наиболее чувствительных химиопрепаратов (винкристин/доксорубин/ифосфамид).

Результаты. У 270 (84,6%) пациентов установлен диагноз классическая СЮ: у 167 (61,9%) из них локализованная, у 103 (38,1%) — диссеминированная, у 50 (15,4%) — внескелетная СЮ, у 35 (69,4%) из них локализованная, у 15 (30,6%) — диссеминированная. За время наблюдения умерло 100 (31,4%) больных, прогрессирование выявлено у 120 (37,6%). Общая 3-летняя выживаемость при локализованных формах СЮ, пролеченных по протоколу ММСЮ 99, составила 80,7±3,9, по сравнению с 85,8±6,5 у пациентов, получавших лечение по протоколу СЮ-2017. Такая же тенденция наблюдалась при анализе выживаемости без прогрессирования. Частота развития фебрильных нейтропений при применении протокола СЮ-2017 была в 10 раз меньше, нежели при протоколе ММСЮ 99, и составила 4% и 42% соответственно ($p=0,0001$). Таким образом, протокол СЮ-2017 показал большую эффективность и меньшую токсичность.

Выводы. Наш опыт интенсификации химиотерапевтического лечения путем применения «интервального сжатия» и селекции химиопрепаратов показал большую эффективность и меньшую токсичность, в сравнении с ранее проводимыми протоколами НИИ ДОиГ им. Л. А. Дурнова.

Седаков И. Е., Финаева Д. Е., Шкарбун Д. А.

СЛУЧАИ ОШИБОЧНОЙ ТРАКТОВКИ ОЧАГОВ ОСТЕОЛИТИЧЕСКОЙ ДЕСТРУКЦИИ В КОСТЯХ ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ И ПРИ ОТСУТСТВИИ ПЕРВИЧНО ВЫЯВЛЕННОЙ ОПУХОЛИ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря

Введение. В литературе в последние годы стали появляться работы, посвященные случаям трактовки очагов остеолитической деструкции чаще как метастазов (mts), иногда — как полиоссальной формы остеобластокластомы (ОБК). Выявленные изменения в 70% случаев оказывались проявлением первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ). Трудность же дифференциальной диагностики между ОБК и ПГПТ обусловлена тем, что гистологическая картина у них одинаковая (они относятся к «бурым» опухолям, содержат гемосидерин и гигантские многоядерные клетки (ГМК)).

Цель. Обратить внимание на факторы, позволяющие исключить mts процесс в костях и правильно трактовать этиопатогенез остеолитических очагов с целью назначения своевременного адекватного лечения.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 3 пациенток, у которых при компьютерной томографии (КТ) и рентгенологическом исследовании скелета выявлены остеолитические очаги, трактуемые как костные mts. Возраст пациенток — от 49 до 86 лет. У одной — в анамнезе рак молочной железы (T1N0M0). У двух — первичная опухоль не была выявлена при многократных исследованиях. У всех пациенток был тщательно собран анамнез на наличие нетравматических переломов, а также проводилась денситометрия, исследования крови на уровень Са, Р и паратиреоидного гормона (ПТГ), КТ и рентгенологическое исследование скелета, УЗИ шеи, щитовидной железы (ЩЖ) и почек, трепан-биопсия подвздошной кости с гистологическим исследованием. Одной пациентке посмертно проведено патологоанатомическое исследование.

Результаты. У всех пациенток в течение многих лет отмечались боли в костях, мышечная слабость; при денситометрии определялись остеопения, переломы, в том числе, нетравматические, у одной — перелом шейки бедра с эндопротезированием. У одной пациентки очаги деструкции были преимущественно в костях таза, но были и в других костях (лопатка, трубчатые кости). У двух отмечалось преимущественное поражение костей грудного и поясничного отделов позвоночника в виде клиновидных и «рыбьих» позвонков, S-образный кифосколиоз. Деструктивные очаги в рёбрах, костях таза, лопатках имели овальную или круглую форму с уплотненным контуром, вокруг — некоторые вздутия кости. У всех пациенток при УЗИ и КТ определялся узел в области ЩЖ (при нормальной тиреоидной панели). Все больные страдали мочекаменной болезнью (МКБ), а в крови и моче был повышен уровень Са и снижен уровень Р. У одной пациентки после трепан-биопсии в крыле подвздошной кости mts процесс был исключен (в пунктате выявлены изменения, характерные для «бурых» опухолей), но так как в крови уровень ПТГ оказался повышен в 38 раз, был выставлен диагноз ПГПТ, как следствие аденомы паращитовидной железы. У другой пациентки

уровень ПТГ был увеличен в 2 раза. У третьей пациентки, 86 лет, диагноз mts поражения костей был исключен посмертно.

Выводы. В связи с тем, что выявленные методами визуализации множественные остеолитические очаги могут оказаться не mts характера и не требовать проведения радиотерапии, во всех сомнительных случаях необходимо проводить трепан-биопсию кости; при исключении mts процесса и обнаружении в пунктате ГМК и гемосидерина проводить исследование крови на ПТГ и УЗИ щитовидной и паращитовидной железы, и при выявленных изменениях — рекомендовать паратиреоидэктомию, что приведет к регрессу остеолитических очагов в костях.

ОНКОГЕМАТОЛОГИЯ

Грибов В. В., Склянная Е. В., Эль-Хатиб М.А.И.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ГЕПАТОТОКСИЧНОСТИ У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ИНВХ им. В. К. Гусака

ГБ № 2 г. Макеевки

Введение. Современная концепция терапии злокачественных заболеваний кроветворных органов складывается преимущественно из применения цитостатических лекарственных препаратов. Недостатком подобной химиотерапии является её низкая селективность, что проявляется развитием токсических поражений быстро обновляющихся клеточных систем, в том числе и печеночной ткани.

Цель. Выявление частоты развития лекарственной гепатотоксичности у онкогематологических больных, получавших цитостатическую терапию.

Материалы и методы. Проводилось изучение 246 историй болезни пациентов с гемобластозами, получавших противоопухолевое лечение в химиотерапевтическом отделении Городской больницы № 2 г. Макеевки в период с 01.12.20 г. по 30.11.21 г. При оценке степени поражения печени применялись критерии гепатотоксичности Национального института изучения рака (NCCN, CTC) США, в частности показатели общего билирубина, АЛТ, АСТ. Оценка последних осуществлялась до и после проведения цитостатической терапии.

Результаты. При анализе критериев поражения печени было выявлено 11 случаев явного поражения печени, что составило 4,47% от всех пациентов, получивших химиотерапию. В 9 (3,66%) случаях показатели соответствовали I степени гепатотоксичности по NCCN, в 2-х (0,8%) — II степени. Среди программ полихимиотерапии в 45% случаев значимых патологий печени и в 9% развития II степени гепатотоксичности использовались схемы «ВЕАСОРР».

Выводы. Развитие лекарственного поражения печени — серьезное и потенциально фатальное осложнение любой медикаментозной терапии. Использование программ полихимиотерапии, что является обычной практикой лечения онкогематологических больных, увеличивает риск развития лекарственного повреждения печени.

Авторский указатель

- Алешин В.А. 25
Аль Баргути Р.А. 36
Анищенко А.А. 67
Антипов В.Н. 15, 43, 44
Антонова О.Л. 61
Астахов Д.А. 45
Бабакова Е.В. 41
Бабенко-Сорокопуд И.В. 18, 53
Башеев А.В. 67
Бекашев А.Х. 25
Белов Д.М. 25
Белым Г.В. 64
Богослав Ю.П. 51
Бондаренко Н.В. 47, 49
Бондарь А.В. 9, 15, 43, 44, 56, 69
Борщевская П.Ю. 5
Бурбу В.А. 15
Бутенко Е.В. 15, 37
Быков И.И. 39
Былым Г.В. 19, 60, 63
Вакуленко И.П. 13
Васюта Е.Н. 66
Войтюк В.Н. 13
Герасименко А.Ю. 20
Глазков А.И. 25, 27, 28
Глотов А.В. 41, 43
Гончар А.Г. 28
Гончарова В.В. 61, 62
Горбанчик В.Э. 47
Греян Т.А. 45
Грибов В.В. 77
Гринько Н.В. 33
Гуляр А.Н. 10
Данькина В.В. 18, 59
Данькина И.А. 18, 59
Данькин К.В. 18, 59
Даценко М.В. 51
Дёмина Д.В. 65
Демишева С.Г. 65
Денисова П.В. 16
Джеломанова С.А. 19
Джоджуа Т.В. 55
Добров В.С. 36
Доценко Д.Н. 33
Доценко О.С. 56, 58, 70
Дубовая А.В. 72
Егорова М. А. 19
Ефимова М.М. 75
Железная А.А. 7, 59, 61, 62, 65
Желтоноженко Л.В. 18
Заика А.Н. 8, 41, 43
Звездкина Е.А. 45
Золотухин С.Э. 47, 49, 50
Зубов А.Д. 74
Зыков Д.С. 33
Иванов А.И. 23
Игнатенко Г.А. 38
Исмагилов А.Х. 23, 35, 36
Ищенко Р.В. 46
Калмыкова Э.О. 46
Камалетдинов И.Ф. 23, 35, 36
Капусенко Р.А. 29
Карахан В.Б. 25
Карпенко Я.И. 29, 55
Кедрова А.Г. 45
Киргизов К.И. 75
Киселева А.Э. 39
Клочков М.М. 50
Коктышев И.В. 41
Колобаев И.В. 41
Коломиец К.С. 15, 44
Колычева О.В. 38, 57
Комендант В.В. 28
Кондратюк Б.П. 32, 34
Косарь Н.В. 33
Кочеткова С.Е. 39
Краснова М.С. 9
Красноштан В.В. 57
Крылова Т.А. 68, 71
Кубышковский А.Л. 33, 34
Кузнецов С.А. 73
Кулишова О.В. 10
Кульков С.К. 36, 37
Куприенко Н.В. 56, 58, 70
Ладур А.И. 33
Ладур К.А. 33
Ласачко С.А. 7, 59
Лебедев Д.П. 45
Лебеденко И.М. 68
Лисаченко И.И. 47, 56, 58, 70
Литвинова А.С. 3, 68, 70
Литвинова Е.В. 60, 63
Логунов П.В. 20, 24
Лыкова Е.Н. 5
Люлько В.Э. 62
Макимбетов Э.К. 30
Малик А.В. 56, 58, 70
Маслова О.Н. 12
Мате В.В. 50
Махова А.В. 9
Мацынин А.Н. 66
Милус И.Е. 24
Мирович Е.Д. 19, 66
Миронова Д.Ю. 40
Митрофанов А.А. 25
Михайлова А.В. 71
Морозова С.Е. 26
Мотрий А.В. 12, 15
Мутык М.Г. 50
Никулина Н.В. 33
Новошинов Г.В. 73
Носкова О.В. 60
Онипко А.Н. 18
Осипенков Р.А. 32, 33, 34
Павлушенко С.Д. 54
Паниев С.Ю. 28
Панченков Д.Н. 45
Пархоменко А.В. 14
Петренко С.А. 19, 64
Пивоваров Р.А. 43
Подольяка Д.В. 63, 64
Ползиков Г.Н. 25, 27, 28
Поливанов А.К. 33
Полунин Г.Е. 47, 50
Попенко Г.С. 74
Попович А.Ю. 32
Попович Ю.А. 57
Поршнева Е.В. 9
Прилуцкая Я.В. 51
Прозоренко Е.В. 25
Проценко Т.В. 24
Прудников А.В. 61
Решетов И.В. 39
Рогалев А.В. 9, 37, 56
Романцова О.М. 75
Рублевский И.В. 49
Румянцева И.В. 8
Рыков М.Ю. 4
Рябов А.Б. 41
Рязанцев А.А. 67
Рязанцева Д.С. 3, 68, 69, 70
Савченко А.А. 18
Садрицкая Я.В. 36, 37
Салимов З.М. 41
Санникова Е.О. 68
Сафарова С. 21
Сафаров М.А. 30
Севян Н.В. 25
Седаков И.Е. 6, 7, 8, 9, 10, 15, 20, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 41, 43, 44, 47, 49, 50, 55, 57, 76
Семикоз Н.Г. 3, 9, 43, 56, 68, 69, 70
Сенчакова Ю.А. 64
Середенко Е.В. 10
Склянная Е.В. 77
Скоропад В.Ю. 40, 41
Совпель И.В. 31, 49
Совпель О.В. 8, 31, 49, 50, 58
Сосна В.В. 72
Старушко Р.В. 15
Степанов А.И. 25, 26, 27, 28
Степанова Ю.А. 45
Страшко Е.Н. 14
Студеникин Ф.Р. 5
Сычёва Д.Р. 12
Тараненко М.Л. 68, 69
Тойгонбеков А.К. 30
Токтоналиева А.Н. 52
Тонких Н.А. 72
Трубникова И.О. 59
Тутов С.Н. 63, 64
Федченко М.П. 41, 43
Финаева Д.Е. 10, 76
Фоминов В.М. 13, 14
Франциянц К.Г. 73
Фролков В.В. 33
Фролов С.С. 17
Хайруллова В.В. 75
Хацко В.В. 13, 14
Хачатрян А.А. 47, 67
Хвесик А.А. 54
Хромов С.С. 71
Чайка В.К. 7, 61
Чепурной М.Г. 73
Черных М.В. 71
Черняев А.П. 5
Черняева Ю.В. 11
Чирах Е.С. 74
Чистяков А.А. 18, 25, 26, 27, 28, 59
Чурилов А.А. 66
Чурилов А.В. 10, 60
Шаталов А.Д. 14
Шаталов С.А. 13
Шевцов А.А. 41, 43
Шеховцов Я.С. 31
Шимченко В.А. 74
Шкарбун Д.А. 6, 76
Шпаков Е.И. 29, 55
Штутин А.А. 74
Шумило И.О. 56, 58, 70
Эль-Хатиб М.А.И. 77
Юсубов Т.С. 38