

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ РОО «ПЕТЕРБУРГСКОЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО» / PROCEEDINGS OF SESSIONS OF PETERSBURG ONCOLOGY SCIENTIFIC SOCIETY

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ РОО «ПЕТЕРБУРГСКОЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО» № 527 ОТ 25.06.2025 г.

Присутствовали:

6 из 11 членов Правления РОО «Петербургское онкологическое научное общество»

1. Президент РОО «Петербургское онкологическое научное общество» д.м.н., профессор *Орлова Рашида Вахидовна*

2. Профессор, член-корр. РАН *Беляев Алексей Михайлович*

3. Д.м.н., профессор *Топузов Эльдар Эскендерович*

4. Д.м.н., профессор *Семиглазова Татьяна Юрьевна*

5. К.м.н. *Комаров Юрий Игоревич*

6. К.м.н. *Брянцева Жанна Викторовна*

Присутствовали 48 членов РОО «Петербургское онкологическое научное общество».

ДОКЛАД

РОЛЬ ОБРАТНОГО ЛИМФОГЕННОГО КАРТИРОВАНИЯ ПРИ ХИРУРГИИ АКСИЛЛЯРНЫХ КОЛЛЕКТОРОВ У БОЛЬНЫХ РМЖ

Т.Т. Табагуа

ВВЕДЕНИЕ

Частота возникновения лимфедемы после подмышечной лимфаденэктомии варьирует в широких пределах: от 14,1 до 33,4%, при этом самые высокие показатели наблюдаются у пациентов, получающих адъювантную лучевую терапию. Рутинное использование биопсии сигнальных лимфатических узлов (БСЛУ) вместо подмышечной лимфаденэктомии (ЛАЭ) привело к снижению частоты лимфедемы и достигло диапазона от 3,5 до 11%. Таким образом, даже проводя процедуру БСЛУ, мы не всегда можем нивелировать риски развития осложнений, поскольку в числе удаленных сигнальных лимфатических узлов могут оказаться лимфоузлы, ответственные за лимфатический коллектор верхней конечности.

Цель

Оценка взаимосвязи между сигнальными лимфоузлами и лимфоузлами ответственными за лимфатический коллектор верхней конечности у больных РМЖ при проведении БСЛУ радиоизотопным методом и с визуализацией лимфатического коллектора верхней конечности

при помощи индоцианина зеленого — метода обратного подмышечного картирования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа проведена на базе ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова». Тридцати пяти пациентам с диагнозом рак молочной железы при проведении хирургического этапа лечения, включающего биопсию сигнального лимфоузла, был применен метод обратного подмышечного картирования при помощи инъекции индоцианина зеленого для визуализации лимфатических узлов и сосудов, отвечающих за лимфоотток тканей верхней конечности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 6 (17,14%) случаях сигнальным лимфатическим узлом оказался лимфоузел, ответственный за лимфатический коллектор верхней конечности. При стандартном патоморфологическом исследовании, только в 1 из 6 случаев обнаружены опухолевые клетки. В остальных 29 (82,86%) случаях удалось сохранить лимфатический коллектор (лимфоузлы и лимфатические сосуды) от тканей верхней конечности.

Выводы

Представленные результаты проведенного анализа продемонстрировали, что маркировка лимфатических сосудов верхней конечности позволяет нам дифференцировать ответственные зоны лимфооттока, что, в свою очередь, определяет избирательный подход к удалению лимфоузлов. А также, в случае удаления лимфоузла ответственного за отток лимфы от верхней конечности, возможно проведение превентивных мер по профилактике лимфостаза.

Вопросы и обсуждения

Д.м.н., профессор Топузов Э.Э.: Есть ли исследования по частоте отеков после лимфодиссекции и после лучевой терапии? Часто говорят, что при биопсии сигнальных лимфоузлов (БСЛУ) отеков меньше, но ведь они чаще появляются именно после облучения. Существуют ли такие данные?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Да, такие данные существуют. Приведенный мной анализ — из крупного исследования лаборатории Кахрейн. В этом исследовании изучали возникновение лимфостаза верхних конечностей как после лимфодиссекции, так и после лучевой терапии. Однако конкретных подгрупп не выделено.

Д.м.н., профессор Топузов Э.Э.: Это ключевая проблема. Мы часто делаем БСЛУ при минимальных образованиях, а затем проводим лучевую терапию. И именно она вызывает отек, а не работа хирурга. Нужна полноценная реабилитация. Второй вопрос. На слайде вы показали уменьшение объема операций. Исторически сначала удаляли только опухоль, потом расширили объемы, теперь снова возвращаемся к минимальным вмешательствам. Почему произошел такой виток?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Главное — сегодня пациенты живут дольше и лучше, качество жизни выше. Мы делаем менее травматичные вмешательства, не жертвуя онкологической безопасностью. Дополнение по первому вопросу: если бы не делали БСЛУ, а выполняли диссекцию и облучение — лимфедема была бы гарантирована. Сейчас мы хотя бы минимизируем риски.

Д.м.н., профессор Топузов Э.Э.: Значит, если была бы только лучевая — 100% лимфедема?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Риск значительно выше, чем при БСЛУ с последующей лучевой.

Д.м.н., профессор Топузов Э.Э.: Последний вопрос. Вы перешли к новой мето-

дике. Сколько пациентов включены в исследование, где не выполнялась лимфодиссекция? И есть ли уверенность, что другие клиники не дополняют ваше вмешательство?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Вы имеете в виду картирование? Сейчас включено 36 пациентов без аксиллярной хирургии. Все подписали информированное согласие, проходят наблюдение. Пока никто не подвергался дополнительной диссекции. Работа будет длительной — минимум 5 лет.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Объясните, пожалуйста, картирование — это для определения необходимости лимфодиссекции или для БСЛУ?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Нет, картирование нужно, чтобы понять, связан ли сигнальный узел с оттоком лимфы от руки. Иногда удаляется узел, влияющий на лимфоотток, и отек возникает даже при малоинвазивной операции.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Если узел не связан с оттоком — вы его удаляете. А если связан?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Тогда либо формируем лимфовенозный анастомоз, либо наблюдаем.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Значит, это прогностический метод?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Да, мы заранее предупреждаем пациента о возможном риске лимфедемы.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: А если в выписке написано «картирование», это значит, что узел удаляли?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Да. Это не значит «ничего не делали» — наоборот, оценивали риски. Картирование — прогностическая процедура.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: А если картирования не было — это плохо?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Нет, это просто другой подход. Данных пока мало, идет исследование.

Д.м.н., профессор Топузов Э.Э.: Но нужна оценка роли лучевой терапии. Ведь отек может быть именно от нее.

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Согласен. Это требует отдельного анализа.

К.м.н. Скворцов В.А.: Спасибо за доклад. Очень интересно. У вас исследовательский протокол — при метастазах не всегда удаляют лимфоузлы? Пациенты подписывают отказ. Они приходят к нам в клинику, и мы не знаем: делать ли лимфодиссекцию?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Нет, при наличии метастазов мы лимфоузлы не оставляем. Если микрометастазы — можем не делать лимфо-

диссекцию. Это соответствует исследованию Z0011, которое показало: удаление всех узлов не влияет на выживаемость.

К.м.н. Скворцов В.А.: А если 2 из 3 узлов с метастазами?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Тогда мы диссекцию не выполняем. То же при 2 из 5. Если 2 из 2, то мы пойдем на лимфодиссекцию.

Д.м.н., профессор Топузов Э.Э.: Но ведь может начаться дальнейшее метастазирование?

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Мне кажется, что все зависит от биологического подтипа опухоли. Не всегда лимфодиссекция критична.

Д.м.н., профессор Топузов Э.Э.: Мы обязаны действовать в рамках клинических рекомендаций. Что делать?

Д.м.н., профессор Криворотько П.В.: Говорить пациенту о стандарте. Если он участвует в исследовании — это оформляется и не нарушает ОМС.

К.м.н. Скворцов В.А.: Вернемся к картированию. Где вы берете лимфозурины?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Мы его не используем. Работаем с индоцианином (ICG).

К.м.н. Скворцов В.А.: Значит, ICG — это просто для оценки лимфооттока от руки?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Да, только для этого. Это не лечебная, а прогностическая процедура.

Гор Л.А.: У вас было 6 пациентов, у которых совпали сигнальные и картированные узлы. Скольким наложили лимфовенозные

анастомозы? Какая профилактика отеков? Почему не включены пациентки с HER2+ или тройным негативным раком?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Подтип опухоли на картирование не влияет — процедура чисто хирургическая. Из 6 пациентов с совпадением узлов анастомозы наложили 3 женщинам, остальным технически не удалось этого сделать.

Гор Л.А.: Как проверяете проходимость анастомоза?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Это делают микрохирурги с использованием красителя.

Гор Л.А.: Есть ли контрольная группа без анастомозов?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Да, работа ведется, но пока рано делать выводы.

Карлов К.К.: Есть обратная связь по отекам у пациентов?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: У нас активная реабилитация. Пациенты обследуются каждые 2 месяца. Пока отеков не зафиксировано.

Карлов К.К.: То есть отеков нет?

К.м.н. Табагуа Т.Т.: Да, на данный момент — нет.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Если идет научная работа — пациенты под наблюдением. Они точно знают, есть ли отек. Закончим дискуссию по этому докладу. Давайте подождем окончательную оценку результатов этого исследования. В целом, конечно, необходимо внедрение методики, прогнозирующей возможность лимфедемы у больных ранним РМЖ после лимфодиссекции и лучевой терапии.

ДОКЛАД

ВЛИЯНИЕ ЦИФРОВОГО ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРОТОТИПИРОВАНИЯ НА РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЙ ЭТАП ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО РАКА

Г.М. Колчанов, Р.В. Орлова, Д.А. Алексеева, В.Г. Пищик, Ю.В. Пелипась, В.В. Мартиросян

Актуальность

Рак полости рта является распространенной формой злокачественных новообразований, и в настоящее время отмечается рост заболеваемости во всем мире. Согласно данным статистики, в Российской Федерации за 2023 год распространенность злокачественных заболеваний полости рта составила 31,9 на 100 000 населения, при этом количество впервые выявленных больных раком полости рта составило 9498 случаев. Структура заболеваемости занимает шестнадцатое место. Распределение

по стадиям заболевания составляет: I, II стадии — 34,4%; III стадия — 25,6%; IV стадия — 39,5%. Летальность в течение года с момента установления диагноза — 27,0%.

В настоящее время в лечении плоскоклеточного рака полости рта применяются различные методы. К ним относятся хирургическое лечение, лучевая терапия, лекарственное лечение. Однако при местнораспространенном раке полости рта эти методы в монорежиме не всегда эффективны. Стоит отметить, что местнораспространенный рак полости рта с наличием

множества неблагоприятных прогностических факторов, агрессивной гистопатологической картины, зачастую вовлекает в опухолевый процесс несколько анатомических зон и возможность выполнения радикального лечения, при применении только хирургического или только химиолучевого лечения, не всегда представляется возможной. В то же время хирургический этап лечения местнораспространенного рака полости рта сопряжен с формированием тяжелых анатомофункциональных нарушений и снижением качества жизни, что, в свою очередь, требует одномоментной реконструкции утраченного комплекса тканей.

Применение свободных реваскуляризированных аутотрансплантатов является «золотым стандартом» устранения сложных орофарингеальных дефектов. Критериями выбора донорской области являются получение удовлетворительных функциональных и эстетических результатов лечения и минимальный ущерб донорской области.

Растущая популярность аутологичной трансплантации тканей влечет за собой развитие этого направления и интеграцию с другими сферами высокотехнологичной деятельности. Одним из наиболее ярких примеров такого объединения стало применение технологии цифрового планирования и прототипирования операций (CAD-CAM) в реконструктивной хирургии. Результатом такой синергии стало изменение взглядов на объем и способы возмещения комбинированных дефектов нижней зоны лица.

Цель доклада: освещение непосредственных и отделенных результатов аутологичных микрохирургических реконструкций комбинированных орофарингеальных дефектов, позволяющих оценить вклад цифрового планирования и прототипирования в эффективность комплексной противоопухолевой стратегии лечения местнораспространенного рака головы и шеи.

Вопросы и обсуждения

Гор Л.А.: Георгий Михайлович, спасибо за доклад. Есть ли у вас опыт планирования пересадки мягкотканых лоскутов, где дефект замещается только мягкими тканями без костных структур без потери качества жизни пациента?

Колчанов Г.М.: Исследования показывают, что качество жизни сопоставимо у пациентов с полной реконструкцией (кость + мягкие ткани) и у тех, кому использовали только мяг-

котканые лоскуты, особенно при латеральных дефектах нижней челюсти. Раньше основной разницей была длительность операции и стационарного лечения, но с внедрением цифрового планирования эти параметры сравнялись. Однако качество жизни выше при полноценной реконструкции с малоберцовым трансплантатом — мы отдаем предпочтение именно этому подходу. Что касается виртуального моделирования мягких тканей, в нейрохирургии и ортопедии VR уже используется, но в микрохирургии в России пока нет. Это направление перспективно, особенно при реконструкции молочной железы (например, DIEP-лоскут). Мы планируем использовать VR в ближайшее время. Мягкотканые и костные трансплантаты применяются в зависимости от клинической ситуации — бывают и комбинированные подходы, как вы видели на представленном случае.

Д.м.н., профессор Криворотько П.В.: Как реагирует пересаженная ткань на лучевую терапию? Особенно интересует взаимодействие с костными трансплантатами. И второй вопрос: не пора ли внедрять 3D-принтер прямо в операционной, чтобы изготавливать не только модели, но и полноценные конструкции?

Колчанов Г.М.: Да, почти все пациенты получают радикальную лучевую терапию после операции. Осложнения возникали в основном у тех, кому проводилась отсроченная реконструкция — были случаи дезинтеграции, переимплантата и нестабильности трансплантата. При одномоментной реконструкции таких проблем не было. Вывод: лучше делать реконструкцию сразу, с последующим облучением через 6 недель. С мягкими тканями после облучения чаще наблюдается атрофия, особенно при реконструкции языка, поэтому мы делаем гиперкоррекцию. Что касается 3D-принтеров — у нас нет возможности иметь собственного инженера. Работаем через подрядчиков. Но в перспективе — переход на VR-технологии: хирурги будут видеть в очках нужную траекторию, а пила будет автоматически останавливаться при отклонении.

Д.м.н., профессор Криворотько П.В.: Если трансплантат не прижился и его удалили в раннем периоде — есть ли возможность вернуться к реконструкции позже? И сохраняются ли 3D-модели для отсроченной реконструкции?

Колчанов Г.М.: При отсроченной реконструкции потребуются новая конструкция —

условия будут другими: другая анатомия, другое кровоснабжение. Модели не сохраняем, так как они становятся неактуальными. Сейчас уровень сосудистых осложнений в нашем отделении низкий — 1–2 ревизии в год. В экстренных случаях используем пекторальный или торако-дорсальный лоскут как «план Б». Решение зависит от прогноза пациента. Если планируем костную реконструкцию в течение года — готовим. Если нет — лоскут просто прорежется и его затем уберем.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Проводите ли вы протезирование зубов одномоментно во время реконструкции?

Колчанов Г.М.: Да, это становится все более популярной практикой. Имплант устанавливается сразу, до облучения, пока трансплантат обладает хорошей остеоинтеграцией. Мы внедрили технологию установки импланта еще на этапе, когда малоберцовая кость находится на ноге, до отсечения. Это возможно только благодаря цифровому планированию.

Карлов К.К.: Спасибо, Георгий Михайлович. Мы тесно сотрудничаем с вашим отделением и хорошо видим разницу между отсроченными и одномоментными реконструкциями. У меня

уточнение: что мешает чаще проводить установку зубных имплантов сразу? Ведь это важный момент как в ранней, так и в отдаленной реабилитации.

Колчанов Г.М.: Показания к этому очень ограничены. Во-первых, показания крайне узкие. Пациентов с полным зубным рядом на момент поступления — единицы. Большинство наших пациентов уже имеют выраженную адентию и в протезировании просто не нуждаются. Это в основном пациенты с местнораспространенным орофарингеальным раком, а не с патологиями молочной железы — это совершенно иная группа. Мы готовы выполнять одномоментную установку имплантов, но случаев, где это действительно необходимо и возможно, очень немного. За весь период — только три пациента.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Благодарим Георгия Михайловича за подробный и впечатляющий доклад. Работа вашего отделения вызывает уважение, особенно учитывая внедрение цифрового планирования и комплексный подход к реконструкции. Мы с Георгием Михайловичем начали совместную работу по этой теме.

ДОКЛАД

ВОЗМОЖНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОЙ К ХИМИОТЕРАПИИ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ПЕРВИЧНО ПРИЗНАННОЙ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОЙ

Р.Э. Топузов, Р.В. Орлова, В.А. Кащенко, А.Н. Круглов, А.Ж. Кукебаева, А.А. Сайденова

Цель демонстрации: на примере клинического случая продемонстрировать возможности комбинированных резекций у пациентов, ранее признанных неоперабельными.

Актуальность

Колоректальный рак остается актуальной проблемой, входя в четверку самых распространенных локализаций злокачественных новообразований. Прогресс в медикаментозном лечении позволяет добиться значительного регресса опухоли, а зачастую перевести неоперабельную форму в операбельную, позволяя тем самым провести оперативное лечение. Это возможно благодаря широкому применению не только химио-, но и таргетной и иммунотерапии. При этом возможность иммуно- и таргетной терапии зависит от биологического типа опухоли.

Ряд исследуемых мутаций служат надежными предикторами эффективности и целесообразности проведения подобного лечения.

Несмотря на обозначенные успехи медикаментозной терапии, до сих пор встречаются опухоли, резистентные к медикаментозному лечению. В докладе представлен случай лечения пациента, которому была проведена медикаментозная терапия ввиду того, что опухоль признана неоперабельной. Лекарственная терапия оказалась неэффективной: опухоль продемонстрировала рост на фоне лечения. В связи с этим на фоне прогрессии была повторно пересмотрена возможность комбинированной резекции и выполнена расширенная радикальная операция.

Пациент В., 69 лет. 28.05.2024 при колоноскопии выявлена опухоль поперечной ободочной

кишки. Гистологически — высокодифференцированная аденокарцинома. ИГХ: без признаков микросателлитной нестабильности (MSS). МГИ: KRAS (–) wt, NRAS (–) wt, BRAF (–) wt. По данным КТ: отдаленных метастазов не выявлено. 04.07.2025 — эксплоративная лапаротомия. Случай признан неоперабельным из-за прорастания первичной опухоли в желудок и печень.

С 23.08.2024 по 11.02.2025 проведено 8 циклов mFOLFOX6. Контрольная КТ брюшной полости и грудной клетки с внутривенным контрастированием от 27.02.2025: прогрессия опухоли (прорастание в 3–4 сегменты печени, круглую связку, выходной отдел желудка, желудочно-сальниковые сосуды), регионарная лимфаденопатия, отдаленных метастазов не выявлено.

Операция от 27.03.2025: Расширенная правосторонняя гемиколэктомия с полной мезокολонэктомией (СМЕ), en-block резекцией желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки, печени (центральная бисегментэктомия).

Гистологическое исследование операционного материала: злокачественная опухоль из эпителия толстокишечного типа; опухоль прорастает в желудок и печень, имеются опухолевые эмболы в просветах отдельных сосудов. В краях резекции кишки, печени и желудка опухолевого роста не обнаружено; ткань печени с выраженным фиброзом, пролиферацией желчных протоков. 11 лимфоузлов — с гистиоцитозом синусов и реактивными изменениями, без признаков опухолевого роста.

Послеоперационный период осложнился скоплением желчи (билома) в зоне операции, что потребовало дренирования под УЗ-контролем. Дренаж удален через 6 недель. В остальном послеоперационное течение гладкое. КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием от 20.06.2025 (3 мес п/о): без признаков рецидива.

Клинический случай демонстрирует целесообразность пересмотра тактики лечения и возможности хирургического лечения с учетом резистентности опухоли к медикаментозной терапии, а также возможности радикальной мультивисцеральной резекции при распространенном раке толстой кишки.

Представление больного (очно)

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Как вы себя чувствуете сейчас?

Пациент: Все нормально, хорошо.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: А как прошел послеоперационный период?

Пациент: Первые две недели, конечно, были тяжелыми, но в целом все нормально.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Химиотерапию переносили нормально?

Пациент: Да, нормально.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Когда поставили прогрессирование, стало ли хуже после химиотерапии?

Пациент: Нет, хуже не стало. Состояние было примерно таким же, как до химиотерапии и до обеих операций.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: А как вообще вам поставили диагноз, если вы ничего не чувствовали? Просто так обследовали?

Пациент: У меня была анемия, гемоглобин упал до 60. Меня направили в больницу, сделали колоноскопию, при которой определили опухоль в кишечнике.

Вопрос: У родственников не было онкологических заболеваний?

Пациент: Нет, ни у кого.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: То есть вы почувствовали слабость, обследовали гемоглобин, и в итоге — колоноскопия, после чего поставили диагноз?

Пациент: Да, именно так.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Что было дальше после постановки диагноза?

Пациент: Сначала сделали операцию — установили анастомоз, потом была химиотерапия. После нее уже другие этапы.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Хорошо. Я помню по описанию КТ, Рустем Эльдарович говорил, что была большая опухоль, даже с участками некроза, но без отдаленных метастазов.

Как вы сейчас питаетесь? Есть ли какие-то ограничения?

Пациент: Нет, всё ем, как и до первой операции. Рустем Эльдарович ничего не запрещал. Единственное — сейчас водки меньше.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Это хорошо.

Карлов К.К.: Как вы переносите физические нагрузки? Работаете?

Пациент: Сейчас не работаю. Вышел на пенсию досрочно — по второй сетке. Сейчас из-за установленного порта нельзя поднимать тяжести. Когда снимут порт, вернусь к обычной нагрузке.

Карлов К.К.: Какие у вас планы на жизнь?

Пациент: Жить дальше!

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Спасибо вам большое, что пришли. Для нас важно видеть, что пациент после комбинированного лечения чувствует себя нормально.

Вопросы к Рустему Эльдаровичу:

Д.м.н., профессор Криворотько П.В.: У вас случайно нет фотографии макропрепарата удаленной опухоли? Хотелось бы увидеть, как это выглядело.

К.м.н. Топузов Р.Э.: Есть фотография, но не учел это в докладе.

Д.м.н., профессор Криворотько П.В.: Вы говорили, что достигнута резекция R0. Что по патоморфозу? Указана ли была грация по Мандарту?

К.м.н. Топузов Р.Э.: 4 по Мандарту, но признаков лекарственного патоморфоза не выявлено.

Д.м.н., профессор Криворотько П.В.: Планируется ли продолжать химиотерапию после операции?

К.м.н. Топузов Р.Э.: Мы вернули пациента химиотерапевтам. Сейчас ожидаем результатов молекулярно-генетического исследования. Пока

нельзя сказать точно. По КТ видно, что опухоль проросла в желудок и пищевод, но в печени метастазов нет, резекция R0, патоморфоза нет.

Д.м.н., профессор Орлова Р.В.: Мы планируем проверить микросателлитную нестабильность, мутацию генов репарации, возможно, мутацию POLE. Пациент очень нетипичный для колоректального рака: локально агрессивный рост, при этом отсутствие отдаленных метастазов и минимальные клинические проявления. Только один раз получил переливание крови, после гемотрансфузии уровень гемоглобина восстановился. И поэтому, если найдем мутацию POLE или дефект белков репарации, то будет возможность использовать иммунотерапию. Если таких данных не получим, будем решать, стоит ли продолжать химиотерапию, при которой продолжался рост опухоли и отсутствовал лекарственный патоморфоз.

ДОКЛАД

ЧТО ДЕЛАТЬ, КОГДА ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СТАНОВИТСЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ? ПРЕДСТАВЛЕНИЕ СЕРИИ СЛУЧАЕВ

Р.В. Орлова

ВВЕДЕНИЕ

Современная онкологическая помощь базируется на мультидисциплинарном подходе, включающем хирургическое, лучевое, лекарственное лечение и реабилитацию. Однако на практике возникают системные проблемы, связанные с нарушением преемственности между учреждениями разного уровня, несоблюдением клинических рекомендаций и отсутствием четкой маршрутизации пациентов. В данной работе представлен анализ трех клинических случаев, иллюстрирующих ключевые недостатки в оказании специализированной онкологической помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации трех пациентов с верифицированными злокачественными новообразованиями (рак молочной железы — 2 случая, колоректальный рак — 1 случай). Оценка включала:

- соответствие диагностических и лечебных мероприятий приказам Минздрава РФ;
- анализ мультидисциплинарного взаимодействия;

- выявление ошибок на этапах диагностики, лечения и динамического наблюдения.

Клинический случай № 1

Больная 66 лет с диагнозом рак правой молочной железы cT1cN2M1(печень) (люминальный B, HER2+). Первично диагностирован очаг в печени (3 мм), интерпретированный как метастаз, что послужило основанием для включения в клиническое исследование по метастатическому раку. Лечение проводилось в частной клинике. После 6 циклов TCHP (доцетаксел + карбоплатин + трастузумаб + пертузумаб) с 29.10.24 по 19.02.25 терапии отмечена регрессия первичной опухоли. Достигнут частичный регресс опухоли в молочной железе и метастатических регионарных лимфоузлов. Однако при анализе последующих КТ-исследований органов брюшной полости метастатическое поражение печени не подтверждено, ввиду отсутствия динамики размера очага. Поддерживающая двойная таргетная терапия. Пациентке предложено хирургическое лечение в непрофильном ЛПУ и выполнена радикальная мастэктомия.

В послеоперационном гистологическом исследовании выявлен 4-й степень лечебного патоморфоза в первичном очаге, но сохранение метастазов в 5 из 12 лимфоузлов. Пациентке рекомендовано продолжение лечение по месту жительства. В дальнейшем возник конфликт с пациенткой из-за несоответствия ожиданий (продолжение двойной HER2-блокады) и реальных показаний (терапия трастузумаб эмтанзим).

Ключевые проблемы:

- недостаточная верификация метастатического процесса перед включением в протокол;
- отсутствие онкологического консилиума перед хирургическим вмешательством;
- неадекватная оценка ответа на неоадьювантную терапию.

Клинический случай № 2

Пациентке первично установлена стадия РМЖ cT2N0M0 (люминальный В, HER2-) и рекомендовано проведение хирургического лечения. После хирургического лечения выявлено метастатическое поражение 10 из 20 удаленных лимфоузлов (pT2N3, R1 резекция). В течение 4 месяцев выполнено 5 оперативных вмешательств по причине позитивного края резекции (секторальные резекции с биопсией сигнальных лимфоузлов лимфодиссекция, резекция подкожная мастэктомия с имплантацией удаление импланта). Во всех операциях отмечались позитивные края резекции (R1).

Ключевые проблемы:

- недостаточное предоперационное стадирование;
- отсутствие мультидисциплинарного обсуждения тактики;
- множественные R1-резекции, повышающие риск локального рецидива.

Клинический случай № 3

Пациентка 59 лет с колоректальным раком (слепая кишка, cT4aN1M0/pT4aN2aM0 мутация BRAF V600E). После радикальной гемиколэктомии проведена адьювантная терапия 6 циклов по схеме FOLFOX. Однако через 3 месяца выявлен канцероматоз брюшины и местный рецидив. Вне рамок врачебной

комиссии назначена вторая линия терапии (FOLFIRI + бевацизумаб + энкорафениб), при этом энкорафениб не входит в перечень ЖНВЛП, что создало финансовые трудности для пациентки. В настоящее время в клинических рекомендациях Минздрава РФ есть опция дабрафениба, которая доступна для пациенток в рамках как ОМС, так и льготного лекарственного обеспечения (ЛЛО).

Ключевые проблемы:

- отсутствие междисциплинарного консилиума при прогрессировании;
- несоблюдение алгоритмов лекарственного обеспечения.

Анализ клинических случаев выявил системные недостатки в организации онкопомощи: нарушение стандартов диагностики и лечения (неполная верификация стадии, отсутствие патоморфологического контроля после неоадьювантной терапии); дефекты преемственности между уровнями оказания помощи (отсутствие взаимодействия между звеньями, необоснованное направление в федеральные центры); организационные проблемы (игнорирование мультидисциплинарных консилиумов, несоответствие назначаемой терапии и возможностей льготного лекарственного обеспечения).

Заключение

Для оптимизации необходимы: усиление контроля над соблюдением клинических рекомендаций, обязательное проведение мультидисциплинарных консилиумов, развитие системы преемственности и повышение информированности врачей о доступных методах лечения. Решение проблемы требует комплексного подхода для минимизации ошибок и улучшения результатов лечения. Я обращаюсь к членам онкологического общества, — а в зале сидят представители всех клиник города Санкт-Петербурга, которые оказывают специализированную медицинскую помощь онкологическим больным, — не выходить за рамки принятых рекомендаций и стандартов. Кроме того, в оказании специализированной помощи онкологическим больным важна преемственность и, конечно, коллегиальность решений!