

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 3034-1477 (Print)

DOI: 10.62546/3034-1477

ТОМ 2
№ S1/2024

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ОНКОЛОГИИ

Clinical Case in Oncology

Volume 2 | Issue S1 | 2024

спецвыпуск № 1

Материалы VII научно-практической конференции
«ОНКОЛОГИЯ БУДУЩЕГО»

3–5 октября 2024
Санкт-Петербург



www.oncocode.ru

Научно-практический журнал

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ОНКОЛОГИИ

Учредители: Ассоциация онкологов реальной клинической практики «ОНКОПРАКТИК», Санкт-Петербург, Россия
РОО «Петербургское онкологическое научное общество», Санкт-Петербург, Россия
Санкт-Петербургское ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия

№ S1⁽²⁾
2024

Главный редактор

Орлова Рашида Вахидовна

доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Заместитель главного редактора

Иванова Анастасия Константиновна

кандидат медицинских наук, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия

Ответственный секретарь

Ильичева Настасья Андреевна

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций
Свидетельство ПИ № ФС77-85986 от 26.09.2023 г.

Журнал предназначен для врачей всех специальностей, среднего медперсонала, ординаторов, студентов, аспирантов

Издатель: Ассоциация онкологов реальной клинической практики «ОНКОПРАКТИК»

Исполнительный директор: кандидат медицинских наук *Полежаев Дмитрий Александрович*

Почтовый адрес журнала и адрес для корреспонденции:

198255, пр. Ветеранов, д. 56, каб. 200, Санкт-Петербург, Россия

тел.: +7 (921) 741-45-54

www: <http://oncocase.ru>

e-mail: clinicaloncologycase@mail.ru

Редакционный совет

Беляев Алексей Михайлович — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Гранов Дмитрий Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, ФГБУ РНЦРХТ имени академика А. М. Гранова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Имянитов Евгений Наумович — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Левченко Евгений Владимирович — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Топузов Эльдар Эскендерович — доктор медицинских наук, профессор, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия

Редакционная коллегия

Азапов Михаил Юрьевич — доктор медицинских наук, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия
Алборов Александр Эдуардович — кандидат медицинских наук, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия
Алексеева Диана Анатольевна — кандидат медицинских наук, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия
Аносов Николай Алексеевич — кандидат медицинских наук, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия
Балахнин Павел Васильевич — кандидат медицинских наук, ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Беляк Наталья Петровна — кандидат медицинских наук, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия
Бредер Валерий Владимирович — доктор медицинских наук, НИИ клинической онкологии имени академика РАН и РАМН Н. Н. Трапезникова ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н. Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия
Борискова Марина Евгеньевна — доктор медицинских наук, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ имени академика И. П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Валков Михаил Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, Архангельск, Россия
Васильев Ярослав Иванович — кандидат медицинских наук, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия
Воробьев Николай Андреевич — кандидат медицинских наук, Медицинский институт имени Березина Сергея (МИБС), Санкт-Петербург, Россия
Глузман Марк Игоревич — кандидат медицинских наук, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия
Горбунова Вера Андреевна — доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н. Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия
Жабина Альбина Сергеевна — кандидат медицинских наук, ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н. П. Напалкова», Санкт-Петербург, Россия
Захаренко Александр Анатольевич — доктор медицинских наук, доцент, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ имени академика И. П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Зиновьев Григорий Владимирович — кандидат медицинских наук, ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Иткин Илья Михайлович — кандидат медицинских наук, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия
Королева Ирина Альбертовна — доктор медицинских наук, Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия
Кутукова Светлана Игоревна — доктор медицинских наук, доцент, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ имени академика И. П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Кашенко Виктор Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор, «ММЦ ВТ», Санкт-Петербург, Россия
Клещев Максим Александрович — кандидат медицинских наук, СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», Санкт-Петербург, Россия
Котт Михаил Валерьевич — доктор медицинских наук, профессор, Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия
Когония Лали Михайловна — доктор медицинских наук, профессор, ФУВ ГБУЗ МО «МОННИКИ имени М. Ф. Владимирского», Москва, Россия
Криворотко Петр Владимирович — доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Маниас Алексей Георгиевич — доктор медицинских наук, доцент, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия
Мацко Марина Витальевна — доктор медицинских наук, СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н. П. Напалкова», Санкт-Петербург, Россия
Моисеев Федор Владимирович — доктор медицинских наук, доцент, СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н. П. Напалкова», Санкт-Петербург, Россия
Молчанов Сергей Валерьевич — кандидат медицинских наук, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия
Николаева Екатерина Николаевна — кандидат медицинских наук, доцент, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия
Новик Алексей Викторович — доктор медицинских наук, ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Пищик Вадим Григорьевич — доктор медицинских наук, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия
Полежаев Дмитрий Александрович — кандидат медицинских наук, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия
Протасова Анна Эдуардовна — доктор медицинских наук, доцент, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства РФ, Санкт-Петербург, Россия
Прохоров Денис Георгиевич — кандидат медицинских наук, ФГБУ РНЦРХТ имени академика А. М. Гранова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Раскин Григорий Александрович — доктор медицинских наук, доцент, Медицинский институт имени Березина Сергея (МИБС), Санкт-Петербург, Россия
Рахимий Шариф Уктамович — кандидат медицинских наук, клиника Surgemed, Ташкент, Узбекистан
Сакаева Дина Дамировна — доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия
Сафаров Бобир Ибрагимович — кандидат медицинских наук, РНХИ имени проф. А. Л. Поленова — ФГБУ НМИЦ имени В. А. Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Семенова Анна Игоревна — кандидат медицинских наук, ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Семиглазова Татьяна Юрьевна — доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Скворцов Виталий Александрович — кандидат медицинских наук, СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия
Слепцов Илья Валерьевич — доктор медицинских наук, Клиника высоких медицинских технологий имени Н. И. Пирогова ФГБОУ ВО СПбГУ Правительства Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия
Телтаева Гульфия Мидхатовна — кандидат медицинских наук, ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Топузов Рустем Эльдарович — кандидат медицинских наук, ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Трифанов Владимир Сергеевич — доктор медицинских наук, доцент, Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия
Урманчева Аделя Федоровна — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Шукина Мария Алексеевна — доктор психологических наук, ФГБУ НМИЦ имени В. А. Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Scientific and practical journal

CLINICAL CASE IN ONCOLOGY

Founders: Association of oncologist real clinical practice
“OncoPractitioner”, St. Petersburg, Russia
Regional public organization “St. Petersburg Oncological
Scientific Society”, St. Petersburg, Russia
St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary,
St. Petersburg, Russia

No. **S1**⁽²⁾
2024

Editor in chief

Orlova Rashida Vakhidovna

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head Department of Oncology,
St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

Associate Editor

Ivanova Anastasia Konstantinovna

Ph. D. of Medical Sciences,
St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, St. Petersburg, Russia

Executive Secretary

Ilycheva Nastasia Andreevna

St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, St. Petersburg, Russia

The journal Clinical case in oncology is registered
by The Federal Agency for Surveillance in the Sphere of Communication,
Informational Technologies, and Mass Media Certificate PI No. FS 77-85986 of 26.09.2023

The journal is intended for doctors of all specialties, nursing staff, residents, students, postgraduates

Publisher: Association of oncologist real clinical practice “OncoPractitioner”, St. Petersburg, Russia
the Executive Director Dmitry A. Polezhaev, PhD Med.

Mailing address of the journal: 198255, Veteranov Ave., 56, sq. 200, St. Petersburg, Russia
tel.: +7 (921) 741-45-54

www: <http://oncocase.ru>

e-mail: clinicaloncologycase@mail.ru

Editorial Council

- Aleksey M. Belyaev* – Dr. of Sci. (Med.), Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, NMRC of Oncology named after N. N. Petrov of MoH of Russia, St. Petersburg, Russia
- Dmitry A. Granov* – Dr. of Sci. (Med.), Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, Russian scientific center of radiology and surgical technologies named after A. M. Granov, St. Petersburg, Russia
- Evgeny N. Imyanitov* – Dr. of Sci. (Med.), Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, NMRC of Oncology named after N. N. Petrov of MoH of Russia, St. Petersburg, Russia
- Evgeniy V. Levchenko* – Dr. of Sci. (Med.), Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, NMRC of Oncology named after N. N. Petrov of MoH of Russia, St. Petersburg, Russia
- Eldar E. Topuzov* – Dr. of Sci. (Med.), Professor, St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, St. Petersburg, Russia

Editorial Board

- Mikhail Yu. Agapov* – Dr. of Sci. (Med.), St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, St. Petersburg, Russia
- Aleksandr E. Alborov* – Cand. of Sci. (Med.), St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, St. Petersburg, Russia
- Diana A. Alexeeva* – Cand. of Sci. (Med.), St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, St. Petersburg, Russia
- Nikolay A. Anosov* – Cand. of Sci. (Med.), St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, St. Petersburg, Russia
- Pavel V. Balakhnin* – Cand. of Sci. (Med.), NMRC of Oncology named after N. N. Petrov of MoH of Russia, St. Petersburg, Russia
- Natalia P. Belyak* – Cand. of Sci. (Med.), St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, St. Petersburg, Russia
- Valery V. Breder* – Dr. of Sci. (Med.), Research Institute of Clinical Oncology named after N. N. Trapeznikova of FSBI National Medical Research Center of Oncology named after N. N. Blokhin of the Russian Ministry of Health, Moscow, Russia
- Marina Ev. Boriskova* – Dr. of Sci. (Med.), Pavlov First St. Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia
- Mikhail Yu. Valkov* – Dr. of Sci. (Med.), Professor, Northern State Medical University of the Russian Ministry of Health, Arkhangelsk, Russia
- Yaroslav I. Vasilyev* – Cand. of Sci. (Med.), St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, St. Petersburg, Russia
- Nikolay A. Vorobiev* – Cand. of Sci. (Med.), Medical Institute named after Sergey Berezin, St. Petersburg, Russia
- Mark I. Gluzman* – Cand. of Sci. (Med.), St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, St. Petersburg, Russia
- Vera A. Gorbunova* – Dr. of Sci. (Med.), Professor, FSBI National Medical Research Center of Oncology named after N. N. Blokhin of the Russian Ministry of Health, Moscow, Russia
- Albina S. Zhabina* – Cand. of Sci. (Med.), St. Petersburg Clinical Applied Research Center for Specialized Types of Medical Care (Oncology) named after N. P. Napalkov, St. Petersburg, Russia
- Aleksandr A. Zakharenko* – Dr. of Sci. (Med.), Associate Professor, Pavlov First St. Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia
- Grigori V. Zinoviev* – Cand. of Sci. (Med.), NMRC of Oncology named after N. N. Petrov of MoH of Russia, St. Petersburg, Russia
- Ilya M. Itkin* – Cand. of Sci. (Med.), St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, St. Petersburg, Russia
- Irina A. Koroleva* – Dr. of Sci. (Med.), Medical Institute REAVIZ, Samara, Russia
- Svetlana I. Kutukova* – Dr. of Sci. (Med.), Associate Professor, Pavlov First St. Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia
- Victor A. Kashchenko* – Dr. of Sci. (Med.), Professor, MMC VT, St. Petersburg, Russia
- Maksim A. Kleshchev* – Cand. of Sci. (Med.), St. Luke St. Petersburg Clinical Hospital
- Mikhail V. Kopp* – Dr. of Sci. (Med.), Professor, Medical Institute REAVIZ, Samara, Russia
- Lali M. Kogonia* – Dr. of Sci. (Med.), Professor, Moscow Regional Clinical Research Institute named after M. F. Vladimirovsky (MONIKI), Moscow, Russia
- Petr V. Krivorotko* – Dr. of Sci. (Med.), Professor, NMRC of Oncology named after N. N. Petrov of MoH of Russia, St. Petersburg, Russia
- Alexey G. Manikhas* – Dr. of Sci. (Med.), Associate Professor, St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, St. Petersburg, Russia
- Marina V. Matsko* – Dr. of Sci. (Med.), St. Petersburg Clinical Applied Research Center for Specialized Types of Medical Care (Oncology) named after N. P. Napalkov, St. Petersburg, Russia
- Fedor V. Moiseenko* – Dr. of Sc. (Med.), Associate Professor, St. Petersburg Clinical Applied Research Center for Specialized Types of Medical Care (Oncology) named after N. P. Napalkov, St. Petersburg, Russia
- Sergey V. Molchanov* – Cand. of Sci. (Med.), St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, St. Petersburg, Russia
- Ekaterina N. Nikolaeva* – Cand. of Sci. (Med.), Associated Professor, St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, St. Petersburg, Russia
- Alexey V. Novik* – Dr. of Sci. (Med.), NMRC of Oncology named after N. N. Petrov of MoH of Russia, St. Petersburg, Russia
- Vadim G. Pischik* – Dr. of Sci. (Med.), St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, St. Petersburg, Russia
- Dmitry A. Polezhaev* – Cand. of Sci. (Med.), St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, St. Petersburg, Russia
- Anna E. Protasova* – Dr. of Sci. (Med.), Associated Professor, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia
- Denis G. Prokhorov* – Cand. of Sci. (Med.), Russian scientific center of radiology and surgical technologies named after A. M. Granov, St. Petersburg, Russia
- Grigory A. Raskin* – Dr. of Sci. (Med.), Associate Professor, Medical Institute named after Sergey Berezin, St. Petersburg, Russia
- Sharif U. Rahimiy* – Cand. of Sci. (Med.), Surgemed Clinic, Tashkent, Uzbekistan
- Dina D. Sakaeva* – Dr. of Sci. (Med.), Professor, Bashkir State Medical University of the Russian Ministry of Health, Ufa, Russia
- Bobir I. Safarov* – Cand. of Sci. (Med.), Polenov Russian Neurosurgical Institute – the branch of Almazov National Medical Research Centre, St. Petersburg, Russia
- Anna I. Semenova* – Cand. of Sci. (Med.), NMRC of Oncology named after N. N. Petrov of MoH of Russia, St. Petersburg, Russia
- Tatiana Yu. Semiglazova* – Dr. of Sci. (Med.), Professor, NMRC of Oncology named after N. N. Petrov of MoH of Russia, St. Petersburg, Russia
- Vitaly A. Skvortsov* – Cand. of Sci. (Med.), St. Petersburg City Clinical Oncology Dispensary, St. Petersburg, Russia
- Ilya V. Sleptsov* – Dr. of Sci. (Med.), clinic of high medical technologies. N. I. Pirogov St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia
- Gulfiya M. Teletaeva* – Cand. of Sci. (Med.), NMRC of Oncology named after N. N. Petrov of MoH of Russia, St. Petersburg, Russia
- Rustem E. Topuzov* – Cand. of Sci. (Med.), North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov of the Russian Ministry of Health, St. Petersburg, Russia
- Vladimir S. Trifanov* – Dr. of Sci. (Med.), Associate Professor, P.A. Herzen Moscow Oncology Research Center – branch of FSBI NMRRC of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia
- Adiliya F. Urmancheeva* – Dr. of Sci. (Med.), Professor, Honored Doctor of Russia, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov of the Russian Ministry of Health, St. Petersburg, Russia
- Maria A. Shchukina* – Doctor of Psychology, Almazov National Medical Research Centre, St. Petersburg, Russia

СОДЕРЖАНИЕ

Материалы VII научно-практической конференции «ОНКОЛОГИЯ БУДУЩЕГО»

ПРОФИЛАКТИКА РИСКА РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ	7
<i>А.Л.Рубежов, И.В.Кулик, В.А.Гордеева</i>	
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА В СОВРЕМЕННОМ ПОДХОДЕ К КОМБИНИРОВАННОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯЗЫКА И ДНА ПОЛОСТИ РТА.....	9
<i>Д.Е.Кульбакин, Е.Л.Чойнзонов, В.О.Цхай, М.Р.Мухамедов, И.К.Федорова, Д.Ю.Азовская, Д.А.Шишкин</i>	
РОЛЬ НЁБНОЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ В ИДЕНТИФИКАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С CUP-СИНДРОМОМ.....	11
<i>М.И.Соколова, В.И.Павлова, Д.М.Ростовцев</i>	
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОЛОВЫ И ШЕИ.....	12
<i>О.А.Стативко, И.А.Покатаев, М.В.Носова, К.Н.Лисицына, Э.Р.Сабитов, В.Н.Галкин</i>	
ОПЫТ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	13
<i>А.Л.Рубежов, Н.В.Котова-Лапоминская</i>	
ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КРАТКОСРОЧНОЙ (В ТЕЧЕНИЕ МЕНЕЕ 12 НЕДЕЛЬ) КОНСОЛИДИРУЮЩЕЙ ПХТ ПОСЛЕ ХЛТ	14
<i>Н.П.Беляк, С.И.Кутукова, Н.В.Смирнова, А.В.Андросова, Е.А.Мгарь, А.А.Варанкина, Л.А.Ксанаева, Р.В.Орлова, Ю.В.Пелипась</i>	
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА: АНАЛИЗ ОДНОГО ЦЕНТРА	16
<i>Н.П.Беляк, С.И.Кутукова, Н.В.Смирнова, А.В.Андросова, Е.А.Мгарь, А.А.Варанкина, Л.А.Ксанаева, Р.В.Орлова, Ю.В.Пелипась</i>	
РОЛЬ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	18
<i>И.В.Вервекин, А.А.Трушин, Р.В.Курсенко, А.А.Захаренко</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПО ПРОТОКОЛУ ERAS У ПАЦИЕНТОВ С ЗНО ЖЕЛУДКА СТАРШЕ 70 ЛЕТ	19
<i>Р.Ю.Хлобыстин, Ю.В.Шиманова, С.С.Дунаевская</i>	
ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОК С ПТОЗОМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ	21
<i>Э.Э.Топузов, В.А.Скворцов, Л.А.Гор, И.А.Гринева, Э.А.Аршба, Р.Н.Бабешкин</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОВЕНУЛЯРНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ЛЕЧЕНИИ ЛИМФЕДЕМЫ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	22
<i>Э.Э.Топузов, В.А.Скворцов, Л.А.Гор</i>	
РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ DIER-ЛОСКУТОМ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	23
<i>Э.Э.Топузов, В.А.Скворцов, Л.А.Гор, Г.М.Колчанов</i>	

ВЛИЯНИЕ СХЕМЫ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ БЕЗ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ HER2-ПОЗИТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.	24
<i>Е.А. Чистякова, Р.В. Орлова</i>	
ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ КОНВЕРСИИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ПОДТИПА ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЛЮМИНАЛЬНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	26
<i>М.И. Глузман, Е.А. Чистякова, Г.А. Раскин, Р.В. Орлова</i>	
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ С ПОМОЩЬЮ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА	27
<i>Э.Э. Топузов, В.А. Скворцов, Л.А. Гор, И.А. Гринева, Р.Н. Бабешкин, Э.А. Аршба</i>	
БЕЗОПАСНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ И АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЕЙ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА.	28
<i>Р.В. Орлова, А.В. Андросова, Н.П. Беляк, А.А. Коркина, А.А. Варанкина, С.И. Кутукова, А.К. Иванова</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОСЕТЕВОГО АЛГОРИТМА В КОЛЬПОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	29
<i>И.Е. Говоров, В.А. Артёменко, С.В. Завьялов, В.А. Павлов, В.Ю. Дейнега, Э.В. Комличенко, Е.А. Ульрих</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ ТАЗА.	30
<i>Р.Э. Амдий, Т.М. Топузов, М.Ю. Егорова, И.Н. Орлов, С.Х. Аль-Шукри, С.Б. Петров, С.В. Попов</i>	
УРОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ.	32
<i>В.В. Ромих, Л.Ю. Кукушкина, А.В. Захарченко, В.В. Пантелеев</i>	
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЦИЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ЯИЧНИКА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	33
<i>С.З. Сафина, Г.К. Мухамедьярова, А.Л. Королева</i>	
АНАЛИЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ И ВЫЯВЛЕНИЯ РАННИХ ПРИЗНАКОВ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ	35
<i>Т.С. Ермакова</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ	37
<i>Е.И. Зинченко, Д.Л. Фатеева, В.Г. Пищик</i>	
МЕНИНГИОМА GRADE 2 (ТРАНСФОРМАЦИЯ В GRADE 3) С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ И ЯИЧНИК. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.	38
<i>М.В. Мацко, Ф.В. Моисеенко, Е.Н. Имянитов, Е.А. Желбунова</i>	
КЛЕТОЧНЫЕ МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ – НОВЫЕ ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ГЛИОМАМИ	40
<i>С.С. Скляр, А.Ю. Улитин, М.В. Мацко, Е.Ю. Зорина, А.М. Конова, А.К. Бакнина, В.Е. Олюшин</i>	
ЭНДОКРИННАЯ ТОКСИЧНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ ИММУННЫХ КОНТРОЛЬНЫХ ТОЧЕК В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.	42
<i>С.З. Сафина, Г.К. Мухамедьярова, В.В. Димитриева</i>	
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДВУХ РЕЖИМОВ ВЫСОКОМОЩНОСТНОЙ БРАХИТЕРАПИИ: ОДНА ИЛИ ДВЕ ФРАКЦИИ?	43
<i>Е.О. Щукина, В.А. Бирюков, Н.Б. Ермакова, Д.Б. Санин, О.Б. Карякин, А.Д. Каприн, С.А. Иванов</i>	

Материалы VII научно-практической конференции «ОНКОЛОГИЯ БУДУЩЕГО»

УДК 616-006

<http://dx.doi.org/10.62546/3034-1477-2024-2-S1-7-44>

ПРОФИЛАКТИКА РИСКА РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

*А.Л.Рубежов, И.В.Кулик, В.А.Гордеева*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава
России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Злокачественные новообразования слизистой оболочки рта (СОР) являются одними из самых агрессивных и трудно поддающихся лечению. За последнее десятилетие прирост заболеваемости злокачественными опухолями полости рта в РФ составляет 17,3%. В 61–68% случаев развитию рака СОР предшествует предраковое заболевание, риск малигнизации которого зависит от ряда факторов, связанных как с состоянием здоровья пациента и видом воздействующего онкогенного фактора, так и с развившимся предраковым заболеванием СОР. Наиболее часто к развитию предраковых состояний и их дальнейшему переходу в злокачественное новообразование приводят такие местные факторы, как хроническая механическая травма СОР и курение. Среди общесоматических заболеваний, повышающих риск развития предраковых состояний, выделяется сахарный диабет, который характеризуется интенсивными воспалительными реакциями и наличием макро- и микрососудистых осложнений, изменяющих структуру тканей полости рта. Ксеростомия, длительно текущие воспалительные процессы, патология тканей пародонта, наблюдаемые у большинства пациентов с сахарным диабетом, являются факторами, способствующим ускорению процессов малигнизации. Но даже после проведенного лечения рака наблюдение за больными не должно завершаться, поскольку изменения СОР, встречающиеся в высоком проценте случаев на фоне адьювантной терапии у пациентов, имеющих в анамнезе рак полости рта, в свою очередь также относятся к предраковым.

Цель. Улучшение качества диагностики предраковых заболеваний СОР и ККГ у пациентов с и снижение риска малигнизации предракового процесса.

Задачи:

1. Выявить наиболее часто встречающиеся на амбулаторном стоматологическом приеме предраковые заболевания слизистой оболочки рта.
2. Провести клиническую оценку риска малигнизации предраковых заболеваний.
3. Выявить частоту осложнений со стороны полости рта у пациентов, получающих адьювантную терапию.

Материалы и методы. Обследованы пациенты с заболеваниями слизистой оболочки рта, наблюдавшиеся на кафедре с 2022 по 2024 г. в количестве 2336 человек в возрасте от 18 до 88 лет. Из них 1893 женщины (288 (15,2%) молодого возраста — до 45 лет и 1605 (84,8%) в возрасте старше 45 лет) и 443 мужчины (168 (38%) в возрасте до 45 лет и 275 (62%) старше 45 лет).

Методы: 1. Клинические (опрос, осмотр). 2. Дополнительные инструментальные скрининговые методы диагностики: аутофлюоресцентная стоматоскопия (АФС), проба Шиллера–Писарева (при наличии эрозивно-язвенных процессов).

Всем пациентам были проведены основные клинические методы обследования (опрос, осмотр, пальпация). Всем пациентам были проведены дополнительные инструментальные скрининговые методы диагностики (АФС) и проба Шиллера–Писарева. Клинические и инструментальные методы обследования применялись для исключения признаков малигнизации процесса.

Результаты. Одними из самых часто встречающихся патологических состояний (2–3-е место по частоте) оказались красный плоский лишай (КПЛ) и лейкоплакия СОР, относящиеся к факультативным предраковым состояниям. У женщин в возрасте старше 45 лет КПЛ встречал-

ся в 15,1% случаев, младше 45 лет — в 9,1%. У мужчин в возрасте старше 45 лет КПЛ встречался в 13,5% случаев, младше 45 лет — в 10,88%. Лейкоплакия чаще наблюдалась у мужчин, причем вне зависимости от возраста в 11% случаев, у женщин же младше 45 лет лейкоплакия встречалась намного реже — в 2,24% случаев по сравнению с 6,76% у женщин старше 45 лет ($p < 0,05$). На 4–5-м месте по частоте оказался кандидоз СОР, также провоцирующий развитие онкопатологии, особенно на фоне курения и наличия общесоматической патологии, такой как сахарный диабет.

Кроме того, встречались пациенты с такими предраковыми состояниями, как хейлит Манганотти, папилломы и папилломатоз, хроническая травматическая язва, хроническая трещина губ, эритроплакия. Частота выявления данных нозологических форм не превышала 3,2% случаев. Рак слизистой оболочки рта был выявлен у 2% мужчин и 1,23% женщин в возрасте старше 45 лет.

С мукозитом разной степени тяжести на фоне проводимой адъювантной терапии, который также является факультативным предраковым заболеванием с низкой вероятностью озлокачествления, обратились 27 женщин (1,43%) и 13 мужчин (2,95%) старше 45 лет.

При сборе анамнеза жизни было выявлено, что предраковые заболевания СОР наиболее часто наблюдались у пациентов с сахарным диабетом, несколько реже — у пациентов с заболеваниями кишечника. Отмечались такие нозологические формы, как эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая, хроническая травматическая язва, лейкоплакия, кандидозная лейкоплакия и преканцерозный хейлит Манганотти. Отягощающими состояниями факторами были курение и кандидозная инфекция.

У 17 пациентов (42,5%) с мукозитом, получавших адъювантную терапию, в анамнезе был выявлен сахарный диабет.

Для исключения клинических признаков малигнизации процесса всем пациентам с предраковыми состояниями и с мукозитом на фоне проводимой адъювантной терапией проводилась АФС, при обнаружении участков с эффектом «черных пятен» пациент направлялся на консультацию к онкологу-стоматологу. Проба Шиллера–Писарева, проводимая пациентам с эрозивно-язвенными процессами, демонстрировавшая неравномерную окраску зоны воспаления, также могла свидетельствовать о начальных признаках малигнизации.

Выводы:

1. К предраковым заболеваниям, часто встречающимся у пациентов с патологией СОР, относятся красный плоский лишай и лейкоплакия, что требует предельно внимательного отношения к осмотру полости рта у таких больных и проявления онкологической настороженности при обследовании их врачом-стоматологом.

2. Сахарный диабет является предрасполагающим к развитию предраковых состояний полости рта заболеванием. Микрососудистые и макрососудистые осложнения на фоне высокого уровня глюкозы в крови приводят к изменениям эпителия, таким как акантоз и гиперкератоз; воспалительным реакциям и эпителиальным изъязвлениям, что приводит к развитию длительно протекающих пролиферативных и дегенеративных поражений СОР. Ксеростомия провоцирует нарушение процессов эпителизации и изменение состава микрофлоры полости рта, что также способствует малигнизации. У пациентов с сахарным диабетом, получающих адъювантную терапию, в 42,5% случаев развивается мукозит разной степени тяжести, являющийся предраковым заболеванием.

3. Необходимым является знание врачом-стоматологом клинических признаков озлокачествления и обязательное применение дополнительных инструментальных скрининговых методов диагностики предраковых заболеваний.

Заключение. Зная факторы риска развития предраковых состояний и клинические признаки малигнизации, врач-стоматолог может минимизировать воздействие вредных факторов на пациента, стабилизировать процесс, провести необходимое лечение на стадии предрака и выполнить своевременную диагностику для предотвращения озлокачествления заболевания. Мукозит, развивающийся на фоне проводимой адъювантной терапии, также является факультативным предраковым заболеванием и требует адекватной своевременной терапии.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА В СОВРЕМЕННОМ ПОДХОДЕ К КОМБИНИРОВАННОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯЗЫКА И ДНА ПОЛОСТИ РТА

Д.Е. Кульбакин, Е.Л. Чойнзонов, В.О. Цхай, М.Р. Мухамедов, И.К. Федорова, Д.Ю. Азовская, Д.А. Шишкин

Научно-исследовательский институт онкологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Томск, Россия

Актуальность. Лечение больных раком языка и дна полости рта часто требует комбинированного подхода, где хирургическому этапу лечения отводится доминирующая роль. Выполнение радикального хирургического лечения часто приводит к образованию обширных дефектов, без адекватного устранения которых у пациента резко снижается как качество жизни, так и возможность проведения адъювантного лечения. Ввиду чего реконструктивный компонент хирургического лечения у онкологических больных является важным звеном комбинированного лечения.

Материал и методы. В рамках данной работы проведен анализ 105 операций с реконструктивно-пластическим компонентом у больных плоскоклеточным раком языка и дна полости рта в возрасте от 19 года до 71 лет. Большинство больных были мужского пола — 62 (60%). По местной распространенности опухолевого процесса больные разделились следующим образом: T2 — 33 (31,5%), T3 — 54 (51,5%) и T4 — 18 (17%). Первичных больных — 77 (73,3%). С рецидивами после ЛТ (60–75 Гр) или комбинированного лечения — 28 (26,7%) больных.

В качестве хирургического лечения глоссэктомия выполнена 35 (33,4%) больным, из них резекция нижней челюсти выполнена 6 (17,1%) больным. Глоссэктомия была выполнена по поводу рецидива опухолевого процесса после ранее проведенной лучевой терапии в 12 (34,3%) случаях. В качестве реконструктивного материала использовались лоскуты: кожно-мышечный пекторальный — 11 (31,4%), кожно-мышечный с переднебоковой поверхности бедра (ALT) — 10 (28,6%) и с медиальной поверхности бедра (РАР) — 9 (25,7%), а также малоберцовый кожно-костный лоскуты — 5 (14,3%).

Резекции языка (1/2–2/3 от объема) выполнена 70 (66,6%) больным, из них резекция нижней челюсти выполнена 10 (14,3%) больным. Резекция языка была выполнена по поводу рецидива опухолевого процесса после ранее проведенной лучевой терапии в 12 (17,2%) случаях. В качестве реконструктивного материала использовались лоскуты: субментальный — 30 (42,6%), кожно-мышечный пекторальный — 3 (4,3%), кожно-фасциальный лучевой — 11 (15,8%), кожно-фасциальный медиальный суральный — 7 (10%), ALT лоскут — 5 (7,2%), и РАР лоскут — 5 (7,2%), а также малоберцовый кожно-костный лоскуты — 9 (12,9%).

Срок наблюдения от 3 до 24 месяцев. Оценивалась степень атрофии используемого лоскута, функциональные и онкологические результаты.

Результаты. Выполнение реконструктивной операции не удлиняло время начала адъювантного курса лучевой/химиолучевой терапии (в сроки от 14 до 29 дней) у больных с первичным опухолевым процессом и не вызывало осложнений со стороны лоскута. Использование аутологичного реконструктивного материала благоприятно сказывалось на процессах заживления послеоперационной раны и последующей реабилитации больных. Атрофия используемых лоскутов в сроки до 2 лет была более выражена при использовании перемещенных лоскутов (пекторального и субментального), чем при использовании свободных ревазуляризированных лоскутов (ALT, РАР, лучевой и медиальный суральный лоскуты) — от 15 до 30% и не более 15% соответственно. Стойкое и значимое нарушение формы реконструируемого языка и ухудшение функциональных результатов в сроки до 2 лет были отмечены при использовании перемещенных лоскутов, особенно при рецидивных опухолевых процессах.

Локорегионарные рецидивы после глоссэктомии отмечены у 12 (34,3%) больных, из них у 2 (6,7%) наблюдались отдаленные метастазы. Локорегионарные рецидивы после резекции языка отмечены у 12 (17,2%) больных, из них у 3 (4,3%) больных отмечались отдаленные рецидивы.

Осложнения после глоссэктомии были отмечены в 8 (22,9%) случаях: некроз мышц дна полости рта — 3 (8,6%), кровотечение — 2 (5,7%), тромбоз лоскута — 2 (5,7%), оростомы — 1 (2,9%). Осложнения после резекции языка были отмечены в 17 (24,9%) случаях: некроз мышц дна

полости рта и остатков языка – 2 (2,6%), кровотечение – 3 (4,3%), тромбоз лоскута – 2 (2,6%), краевой некроз лоскута – 5 (7,2%), полный некроз лоскута – 2 (2,6%), оростомы – 1 (1,4%).

Выводы. Выполнение глоссэктомии чаще сопровождается развитием последующих локорегионарных рецидивов, без увеличения послеоперационных осложнений по сравнению с резекцией языка. При реконструкции языка предпочтительно использование свободных ревазуляризированных лоскутов с целью достижения стабильных и лучших функциональных результатов.

РОЛЬ НЁБНОЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ В ИДЕНТИФИКАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С СUP-СИНДРОМОМ

¹М.И. Соколова, ²В.И. Павлова, ³Д.М. Ростовцев

¹ГАУЗ Тюменской области «Многопрофильный клинический медицинский центр «Медицинский город», Тюмень, Россия

²ГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет, Россия

³ГАУЗ «Челябинский областной центр онкологии и ядерной медицины», Челябинск, Россия

Цель исследования. Изучить роль нёбной тонзиллэктомии в идентификации первичной опухоли у пациентов с СUP-синдромом.

Материалы и методы. В основу исследования положены результаты диагностики 69 пациентов с метастазами плоскоклеточного рака в лимфоузлы шеи из неизвестного первичного очага. Критерии включения — наличие морфологически верифицированных метастазов плоскоклеточного рака в лимфатические узлы шеи, отсутствие данных о первичном опухолевом очаге после стандартного клинического обследования. У 13 пациентов из 69 (19%) с гиперэкспрессией белка Р-16 в метастатически пораженных лимфатических узлах шеи и отсутствием данных о первичной опухоли после клинического обследования и инструментальной диагностики была выполнена трансоральная микрохирургическая нёбная тонзиллэктомия с использованием операционного микроскопа Carl Zeiss, шейная лимфодиссекция.

Результаты. Согласно полученным данным, в исследовании преобладали мужчины — 65% (45/69). Средний возраст пациентов в группе с выявленным первичным очагом составил 43 года с преобладанием доли некурящих — 46%. В группе без выявленного первичного очага средний возраст пациентов оказался выше — 65 лет, доля курящих в данной когорте составила 68%. Основной жалобой на момент обращения в обеих группах пациентов было наличие односторонней шейной лимфаденопатии. В группе пациентов с выявленным первичным очагом преобладала стадия N1 — 69% с преимущественной локализацией во II уровне — 46%. При истинном СUP-синдроме пораженные лимфоузлы локализовались в основном II, III уровнях, стадии N3 — 39% и N2 — 36%.

По результатам проведенного исследования первичный очаг с локализацией в нёбной миндалине при микрохирургической нёбной тонзиллэктомии удалось выявить в 11 случаях (78%). Первичные опухоли обнаруживались чаще у пациентов с Р-16 позитивным статусом метастатически пораженных лимфоузлов — 62%, при ВПЧ-негативном статусе — у 15%.

Заключение. Диагностическое обследование пациентов с СUP-синдромом сильно варьируется, и, несмотря на тщательное диагностическое обследование, до 43% пациентов с метастатическим поражением лимфоузлов шеи в конечном итоге остаются без идентификации первичной опухоли. При отсутствии данных за первичную опухоль по результатам клинического обследования, наличии гиперэкспрессии Р-16 по результатам ИГХ рекомендуется ипсилатеральная нёбная и лингвальная тонзиллэктомия.

Положительный ВПЧ статус метастатически пораженных лимфоузлов может косвенно говорить о необходимости прицельного обследования ротоглотки, так как ВПЧ-позитивные опухоли преимущественно локализуются в криптах язычной и нёбной миндалин.

Изучение уровня экспрессии белка Р-16, а также выполнение нёбной тонзиллэктомии является ценной диагностической опцией в поиске первичной опухоли ротоглотки. Идентификация первичного опухолевого очага у пациентов с СUP-синдромом обеспечивает деинтенсификацию дальнейшего лечения, повышает показатели общей и безрецидивной выживаемости, а также функциональный исход.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОЛОВЫ И ШЕИ

О.А. Стативко, И.А. Покатаев, М.В. Носова, К.Н. Лисицына, Э.Р. Сабитов, В.Н. Галкин
Онкологический центр № 1 ГБУЗ города Москвы «Городская клиническая больница им. С. С. Юдина
Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Введение. Стандартом лечения нерезектабельного местнораспространенного плоскоклеточного рака головы и шеи является одномоментная химиолучевая терапия с радиомодификацией цисплатином в высокой дозе. Однако в реальной практике полный объем данного лечения воспроизводится крайне редко ввиду высокой токсичности, осложнений опухолевого процесса и быстрого прогрессирования на фоне лечения. В то же время данные о роли индукционной химиотерапии перед химиолучевой терапией у данной категории пациентов противоречивы.

Цель исследования. Определить оптимальный алгоритм лечения пациентов с нерезектабельным плоскоклеточным раком головы и шеи.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включались пациенты с нерезектабельным плоскоклеточным раком гортани, ротоглотки и гортаноглотки III–IVa стадии, которым назначалась либо одномоментная химиолучевая терапия с радиомодификацией препаратами платины, либо индукционная химиотерапия по стандартной схеме DCF с последующей (химио-)лучевой терапией. Первичными конечными точками являлись частота объективного ответа (ЧОО), выживаемость без прогрессирования (ВБП) и общая выживаемость (ОВ).

Результаты. Проанализированы медицинские данные 176 пациентов, получавших лечение с 2022 по 2023 г., из них 84 назначалась одномоментная химиолучевая терапия, 92 — на первом этапе проводилась индукционная химиотерапия по схеме DCF (доцетаксел + цисплатин + 5-фторурацил), на втором этапе (химио-)лучевая терапия. Группы оказались сбалансированы по полу и локализации первичной опухоли. Только 30,9% пациентов в группе химиолучевой терапии смогли получить стандартную радиомодификацию цисплатином 100 мг/м^2 , остальным пациентам назначались еженедельные режимы цисплатина или карбоплатина. Весь запланированный объем комбинированного лечения смогли получить 65 (77,4%) пациентов в группе химиолучевой терапии и 78 (84,8%) пациентов в группе индукционной терапии.

В группе одномоментной химиолучевой терапии ЧОО составляла 76%, в группе индукционной химиотерапии после завершения двух этапов комбинированного лечения ЧОО достигала 82%. При медиане длительности наблюдения 8,7 мес медиана времени без прогрессирования в группе химиолучевой терапии составила 7,6 мес по сравнению с 9,4 мес в группе индукционной химиотерапии (ОР 0,67, 95% ДИ 0,43–1,04, $p=0,07$). Шестимесячная общая выживаемость оказалась значимо выше в группе индукционной химиотерапии — 92,8% по сравнению с группой химиолучевой терапии — 65,7% ($p<0,01$).

Выводы. Применение индукционной химиотерапии перед лучевой или химиолучевой терапией позволило улучшить результаты лечения пациентов с нерезектабельным местнораспространенным раком головы и шеи по сравнению с одномоментной химиолучевой терапией в реальной клинической практике.

ОПЫТ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

^{1,2}А.Л.Рубежов, ²Н.В.Котова-Лапоминская

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

²СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 9», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Оценить объем и эффективность проведенного ортопедического лечения и реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области после хирургического и комбинированного лечения новообразований челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. В январе 1986 г. по приказу Главного управления здравоохранения Ленинграда на базе стоматологической поликлиники № 5 был организован Городской центр реабилитации больных с дефектами челюстно-лицевой области в целях улучшения оказания консультативной и лечебной помощи группе пациентов, которым проведено хирургическое лечение по поводу новообразований челюстно-лицевой области: рака верхней и нижней челюстей, твердого нёба, полости носа, нёбных миндалин, слюнных желез и др.

В Центре осуществляются лечебно-диагностическая работа (изготовление сложных ортопедических конструкций), диспансерное наблюдение за больными после проведенного ортопедического лечения. С целью сохранения результата оперативного лечения и предотвращения возможных последующих деформаций в послеоперационном периоде изготавливались формирующие и направляющие ортопедические конструкции. Пациенты пользуются ими до предстоящей костно-реконструктивной, пластической операции.

За период со дня основания Центра лечение получили более 7000 человек, 85% из них смогли вернуться к полноценной социальной жизни и профессиональной деятельности. За последние три года работы Центра было принято 1836 пациентов. Для замещения дефекта верхней и нижней челюстей пациентам были изготовлены протезы различных конфигураций: частичных съемных пластиночных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти — 60, полных съемных пластиночных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти — 62, полных съемных пластиночных протезов на верхнюю челюсть с obturiruyushchey частью — 79. Для возмещения деформации зубного ряда также изготавливались несъемные ортопедические конструкции: вкладыши (разборные литые и литые) — 450, одиночные искусственные коронки (металлические и пластмассовые) — 265, мостовидные протезы — 122.

Результаты. Проведенное ортопедическое лечение в Городском центре реабилитации у пациентов с дефектами челюстно-лицевой области позволило улучшить функцию жевания, речи у пациентов с дефектами челюстно-лицевой области после хирургического и комбинированного лечения новообразований челюстно-лицевой области. Воспроизведение и распознавание звуков, по субъективной оценке, улучшилось у 93% пациентов; вернулись к своей профессиональной деятельности, из ранее работавших, 100% пациентов. Таким образом, можно утверждать, что ортопедическое лечение пациентов с дефектами челюстно-лицевой области является неотъемлемой частью комплексной реабилитации.

ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КРАТКОСРОЧНОЙ (В ТЕЧЕНИЕ МЕНЕЕ 12 НЕДЕЛЬ) КОНСОЛИДИРУЮЩЕЙ ПХТ ПОСЛЕ ХЛТ

^{1,2}Н.П.Беляк, ^{1,3}С.И.Кутукова, ²Н.В.Смирнова, ^{1,2}А.В.Андросова, ²Е.А.Мгарь, ²А.А.Варанкина, ²Л.А.Ксанаева, ^{1,2}Р.В.Орлова, ²Ю.В.Пелитась

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

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

³ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад.

И. П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Тотальная неоадьювантная терапия (ТНТ) произвела революцию в лечении местнораспространенного рака прямой кишки, убедительные результаты РКИ III фазы оказали значительное влияние на клиническую практику, потенциально устанавливая новый стандарт лечения. Однако сохраняются спорные вопросы и противоречия относительно преимуществ для долгосрочной выживаемости, оптимальной последовательности и сроков для тотальной неоадьювантной терапии. По данным метаанализа, по сравнению с одной только химиолучевой терапией проведение индукционной ХТ и консолидирующей ХТ давало значительное преимущество в улучшении показателя частоты полного ответа опухоли. Следует отметить, что консолидирующая ПХТ была оценена как наиболее эффективная стратегия лечения для достижения полного регресса опухоли, тогда как индукционная ХТ вносила более ценный вклад в отношении результатов 3-летней выживаемости. Однако не было обнаружено существенных различий в отношении ВДП, ОВ, частоты сфинктер-сберегающей хирургии, резекции R0 и послеоперационных осложнений среди 3 стратегий лечения. Под тотальной неоадьювантной терапией рака прямой кишки подразумевается проведение не менее 3 месяцев ХТ, что равносильно 6 курсам по схеме FOLFOX или 4 курсам XELOX до или после лучевой терапии. Предпочтительно проведение консолидирующей ХТ. При этом проведение консолидирующей ХТ не должно служить причиной отсрочки хирургического этапа лечения более 18 недель после завершения ЛТ или ХЛТ. Согласно данным метаанализа 11 исследований, в 2024 г. продолжительность ТНТ значительно различается среди исследовательских центров: от 6 недель терапии только фторпиримидинами до 18 недель с назначением 6 циклов CAPOX или 9 циклов FOLFOX. Стратификация показателя полного патоморфологического ответа опухоли (pCR) в соответствии со сроком ТНТ (менее 12 недель ТНТ или более 12 недель) показала, что в исследованиях с продолжительностью неоадьювантной лекарственной терапии менее 12 недель не было значительной разницы в показателе pCR между ТНТ и ХЛТ.

Цель. Оценить непосредственные результаты лечения в группе пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки, которые в рамках тотальной неоадьювантной терапии получили ≤ 4 циклов консолидирующей ПХТ в режиме XELOX после завершения ХЛТ с последующим хирургическим вмешательством, и у пациентов, получивших только ХЛТ и хирургическое вмешательство.

Результаты. Нами были проанализированы результаты лечения в СПб ГБУЗ ГКОД 60 пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки, 30 из них получили ХЛТ с последующей консолидирующей ХТ в режиме XELOX (≤ 4 циклов) — группа ТНТ, 30 получали только предоперационную ХЛТ и хирургическое вмешательство — группа без ТНТ. Все пациенты получили продленный курс дистанционной конформной лучевой терапии в комбинации с химиотерапией фторпиримидинами. Лучевая терапия РОД 1,8–2 Гр, СОД 44 Гр на зоны регионарного метастазирования. СОД 50–54 Гр на первичную опухоль.

В группе без ТНТ было 18 (60%) мужчин и 12 (40,0%) женщин, в группе ТНТ было 12 (40,0%) мужчин и 18 (60,0%) женщин.

Возраст пациентов в группе ТНТ варьировал от 39 до 77 лет, средний возраст составил $62,6 \pm 8,9$ (95% ДИ 59,0–65,6) года, в группе без ТНТ возраст пациентов был значимо выше ($p=0,0040$, варьировал от 39 до 88 лет, средний возраст составил $69,2 \pm 9,2$ (95% ДИ 65,8–72,7) года.

В группе без ТНТ у 3 (10,0%) пациентов клиническая стадия заболевания до начала лечения была определена как I, у 4 (13,3%) — как IIА, у 3 (10,0%) — как IIIА и как IIIС, у большинства пациентов этой группы — 17 (56,7%) — клиническая стадия была определена как IIВ ($p=0,0004$).

В группе с ТНТ I и IIIA стадия не были зарегистрированы ни у одного пациента. У значимо большего количества пациентов ($p=0,0008$) была клинически определена IIIB стадия заболевания, у 8 (26,7%) – IIIC стадия и у 1 (3,3%) пациента – IIA стадия. Обе группы были сопоставимы по клинической стадии заболевания ($p>0,05$).

При оценке объема оперативного вмешательства как в группе без ТНТ, так и в группе ТНТ установлено, что сфинктеросохраняющее вмешательство выполнено большинству пациентов ($p<0,05$): 22 (73,3%) и 23 (76,7%) соответственно. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки выполнена 8 (26,7%) и 7 (23,3%) пациентам.

При оценке степени лечебного патоморфоза по шкале А.М. Mandardt в обеих группах были получены абсолютно сопоставимые результаты ($p=0,945$). Лечебный патоморфоз, оцениваемый как TRG1, был зарегистрирован в 5 (16,7%) случаях в обеих группах, TRG2 был выявлен у 10 (33,3%) пациентов в группе без ТНТ и у 8 (26,7%) пациентов в группе ТНТ, TRG3 – у 12 (40,0%) пациентов в группе без ТНТ и у 14 (46,7%) пациентов в группе ТНТ, TRG4 – у 3 (10,0%) пациентов в обеих группах, TRG5 не зарегистрирован ни у одного пациента.

Медиана времени от завершения ХЛТ до хирургического лечения в групп без ТНТ составила 13,0 недель [11,0–14,0] и была значимо меньше ($p<0,001$), чем в группе ТНТ, где составляла 21,0 недель [17,0–25,0], что связано с отсутствием дополнительного этапа – консолидирующей ХТ. Медиана количества циклов консолидирующей ХТ составила 3 [3–4].

При оценке послеоперационной стадии заболевания были получены значимые различия, $p=0,010$. Послеоперационная стадия урI значимо чаще регистрировалась в группе без ТНТ – у 14 (46,7%) пациентов, по сравнению с группой ТНТ, где урI стадия была зарегистрирована только у 3 (10,0%) пациентов ($p<0,05$). А в группе ТНТ значимо чаще, чем в группе без ТНТ, послеоперационная стадия соответствовала урIIIB: у 6 (20,0%) и 1 (3,3) пациентов соответственно ($p<0,05$). Остальные послеоперационные стадии одинаково часто регистрировались в обеих группах: стадия ур0 – у 5 (16,7%) пациентов в группе без ТНТ и у 3 (10,0%) пациентов в группе ТНТ, урIIA – у 7 (23,3%) пациентов в группе без ТНТ и у 13 (43,4%) пациентов в группе ТНТ, урIIIA – у 3 (10,0%) пациентов в обеих группах, и урIIIB стадия заболевания была зарегистрирована только у 2 (6,7%) пациентов группы ТНТ.

Выводы. Проведение консолидирующей лекарственной терапии менее 12 недель (менее 4 циклов XELOX) после ХЛТ по сравнению с группой только ХЛТ не увеличивает частоту полного регресса опухоли TRG1, выраженного патоморфологического ответа TRG2, сфинктер-сберегающей хирургии, снижения стадии заболевания. При планировании тотальной неoadъювантной терапии пациентам с местнораспространенным раком прямой кишки, для воспроизведения полученных в рамках РКИ данных, важно придерживаться рекомендуемых сроков лекарственной терапии (6 курсов по схеме FOLFOX или 4 курса XELOX), что может повысить шансы достижения полного регресса опухоли.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА: АНАЛИЗ ОДНОГО ЦЕНТРА

^{1,2}Н.П. Беляк, ^{1,3}С.И. Кутукова, ²Н.В. Смирнова, ^{1,2}А.В. Андросова, ²Е.А. Мгарь, ²А.А. Варанкина, ²Л.А. Ксанаева, ^{1,2}Р.В. Орлова, ²Ю.В. Пелитась

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

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

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

Введение. Классификация по системе TNM является основной системой стадирования рака желудка (РЖ) и инструментом оценки прогноза для выживаемости пациентов. Неoadъювантная химиотерапия (НАХТ) является стандартным вариантом комплексного лечения местнораспространенного рака желудка, однако клиническая оценка резидуальной опухоли имеет некоторые недостатки. Критерий для выбора группы больных, которым интенсификация адъювантной терапии особенно необходима, окончательно не ясен. Соотношение лимфатических узлов (LNR), определяемое как соотношение между метастатическими лимфатическими узлами и общим количеством удаленных лимфатических узлов, умноженное на 100, в послеоперационном материале, может использоваться независимо от типа лимфаденэктомии и считаться важным прогностическим фактором.

Цель. Оценка связи между соотношением метастатических регионарных лимфатических узлов при местнораспространенном раке желудка LNR и выживаемостью у пациентов, перенесших периоперационную терапию и радикальную операцию по поводу РЖ.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 210 пациентов с верифицированным местнораспространенным раком желудка, получавших лечение и наблюдение в СПб ГБУЗ ГКОД в период с 2020 по настоящее время. В исследуемой когорте больных было 117 (55,7%) женщин и 93 мужчины (44,3%) в возрасте от 28 лет до 81 года, медиана возраста составила 64,0 года [58,0–70,0].

Результаты. У большинства пациентов ($p < 0,00001$) первично было поражено тело желудка – 128 (61,0%), у 52 (24,8%) пациентов первичная опухоль локализовалась в выходном отделе желудка, у 30 (14,3%) – в кардиальном отделе.

При проведении морфологического исследования у 171 (81,4%) была верифицирована аденокарцинома, что значимо ($p < 0,00001$) превышало частоту выявления перстневидно-клеточного рака, который был выявлен у 38 (18,1) пациентов, и муцинозного рака – у 1 (0,5%). У 99 (46,1%) пациентов опухоль имела низкую дифференцировку (Grade 3; $p < 0,00001$), у 49 (23,3%) – умеренную, у 42 (20,0%), у 20 (9,5%) – степень дифференцировки опухоли определена не была. При проведении ИГХ-исследования только у 29 (13,9%) пациентов была выявлена гиперэкспрессия HER2 ($p < 0,00001$).

При первичном стадировании у большинства пациентов дискриптор T соответствовал cT3 – 134 (63,8%) ($p < 0,00001$), cT1 был определен у 2 (1,0%) пациентов, cT2 – у 24 (11,4%), cT4a – у 47 (22,4%) и cT4b – у 3 (1,4%) пациентов. Поражение регионарных лимфоузлов клинически отсутствовало (cN0) у большинства больных 107 (51,0%) ($p = 0,0016$), cN1 было выявлено у 75 (35,7%) пациентов, cN2 – у 12 (5,7%), cN3 – у 9 (4,3%). Поражение регионарных лимфоузлов при первичном стадировании было не определено (cNx) у 7 (3,3%) пациентов.

Все пациенты получали НАХТ: 125 (59,4%) пациентов получали НАХТ в режиме FLOT, 85 (40,5%) – в режиме FOLFOX ($p = 0,0001$). Количество циклов НАХТ варьировало от 1 до 9, медиана количества циклов НАХТ составила 4 [4–4].

После НАХТ всем пациентам было проведено хирургическое вмешательство с последующей морфологической оценкой лечебного патоморфоза опухоли по Mandard и рестадированием. Полный лечебный патоморфоз (TRG1) зарегистрирован в 19 (9,1%) образцах, TRG2 – в 32 (15,3%), TRG3 – в 62 (29,7%), TRG4 – в 80 (38,8%) и TRG5 – в 16 (7,7%) образцах; у значимого числа пациентов даже после проведенной НАХТ опухолевые элементы преобладали над фиброзными ($p < 0,00001$) или оставалось большое количество сохраненных опухолевых клеток на фоне преобладания фиброза ($p = 0,0004$).

При рестадировании процесса по результатам морфологического исследования урТ3 было выявлено у 88 (41,9%) пациентов, что значимо превышало остальные варианты дискриптора урТ: урТis было выявлено у 19 (9,0%) пациентов, урТ1 — у 26 (12,4%), урТ2 — у 49 (23,3%), урТ4а — у 17 (8,1%) и урТ4б — у 11 (5,2%) пациентов. После проведенной НАХТ произошло значимое снижение индекса дискриптора «Т» — $p < 0,001$. Поражение регионарных лимфоузлов — дискриптор «N» — после проведенной НАХТ также значимо снизился — $p = 0,039$. У большинства больных поражения регионарных лимфоузлов выявлено не было (урN0) — 110 (52,4%), урN1 было выявлено у 46 (21,9%) пациентов, урN2 — у 31 (14,8%), сN3а — у 22 (10,5%), сN3б — у 1 (0,5%) пациента. По результатам рестадирования нами было зарегистрировано значимое снижение стадии заболевания (down staging): у 116 (55,2%) down staging произошел ($p = 0,0331$), у 94 (44,8%) пациентов — нет.

С целью выявления факторов, увеличивающих риск прогрессирования заболевания, нами была произведена оценка состояния регионарных лимфоузлов по данным морфологического исследования: оценены количество исследованных лимфоузлов, количество пораженных лимфоузлов и рассчитано отношение пораженных к исследованным лимфоузлам, умноженное на 100, — индекс LNR. Количество исследованных лимфоузлов варьировало от 1 до 61, медиана исследованных лимфоузлов составила 24 [19–30]. Количество пораженных лимфоузлов варьировало от 0 до 20, медиана составила 0 [0–2]. Индекс LNR варьировал 0 до 300, медиана составила 0 [0–10,7].

Далее с помощью ROC-анализа и индекса Yoden было определено оптимальное пороговое значение (cut-off) индекса LNR, оказывающее значимое влияние на ВБП больных — данный показатель составил $> 7,14$, дискриптора. урТ > 1 и дискриптора урN > 1 .

С помощью процедуры Каплана–Майера произведена оценка влияния уровня LNR на показатели ВБП и ОВ у пациентов с местнораспространенным раком желудка, получивших НАХТ. Медиана ВБП пациентов, индекс LNR у которых превышал 7,14, составила 13,0 месяцев (95% ДИ 10,0–24,0), что было значимо меньше медианы ВБП у тех пациентов, значение LNR у которых не превышало порогового значения 7,14 и на момент среза данных не достигнута ($p < 0,0001$; ОР 0,09 (95% ДИ 0,05–0,18)). Медиана ОВ у пациентов, индекс LNR у которых не превышал пороговое значение на момент среза данных, также не достигнута и значимо превышает медиану ОВ в группе больных, индекс LNR у которых превышает значение 7,14, где она составила 48,0 месяцев (36,0–50,0) ($p < 0,00001$; ОР 0,11; 95% ДИ 0,04–0,32).

При проведении многофакторного анализа с помощью оценки пропорциональных рисков Кокса была получена значимая ($p = 0,0082$) модель, а факторами негативного прогноза, увеличивающими риск прогрессирования у пациентов с местнораспространенным раком желудка, явились урТ2–3 ($p = 0,0488$), урN2–3 ($p = 0,0220$) и уровень LNR $> 7,14$ ($p = 0,0059$).

Заключение. Наше исследование показало, что высокий индекс LNR ($> 7,14$) был значимо связан с ухудшением безрецидивной и общей выживаемости у пациентов, перенесших периперационную химиотерапию и радикальную гастрэктомию. Соотношения метастатических регионарных лимфатических узлов (LNR) можно использовать в качестве независимого прогностического фактора у пациентов с резектабельным РЖ.

РОЛЬ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И. В. Вервекин, А. А. Трушин, Р. В. Курсенко, А. А. Захаренко

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Исторически основные успехи в лечении рака поджелудочной железы были достигнуты за счет совершенствования хирургической техники, увеличения радикализма операций, однако, как показывает анализ литературы, увеличение объема оперативного вмешательства у больных раком поджелудочной железы не улучшает онкологические результаты.

По этой причине в течение многих лет растет интерес к изучению новых терапевтических подходов у больных локализованным раком поджелудочной железы, например, таких как неoadъювантная химиотерапия (НАХТ). Если с применением НАХТ в группе погранично резектабельных опухолей все достаточно однозначно, то применение НАХТ в группе исходно резектабельных опухолей — вопрос открытый. На сегодняшний день имеются единичные опубликованные данные рандомизированных исследований о ее эффективности, в виде увеличения частоты R0-резекции, снижения лимфоваскулярной и перинеуральной инвазии, снижения частоты резекции сосудов, влияние на выживаемость не оценено. Однако до сих пор нет ответа на вопросы касающиеся выбора схемы и продолжительности НАХТ.

Цель. Определить, превосходят ли отдаленные результаты применения НАХТ у больных резектабельным РПЖ результаты стандартного лечения.

Материалы и методы. Представленное исследование является одноцентровым, проспективным клиническим исследованием. Первичная конечная точка — безрецидивная выживаемость (БРВ). Вторичные конечные точки: общая выживаемость (ОВ), частота осложнений (Clavien–Dindo), гистологическая стадия опухоли урTN, ответ опухоли на лечение (согласно системе оценок Колледжа американских патологоанатомов — CAP), частота R1/R0-резекция, резектабельность. В исследование включаются больные с аденокарциномой поджелудочной железы, соответствующей критериям резектабельности (по данным NCCN 2023 г.). Пациенты (n=64) рандомизируются в отношении 1:1 или в группу контроля (радикальная операция + последующая), или в экспериментальную группу (НАХТ по схеме mFOLFIRINOX + радикальная операция + последующая АХТ). Для определения объема выборки использовались имеющиеся данные популяционных исследований, согласно которым безрецидивная однолетняя выживаемость составляет 50%.

Результаты. На данный момент в исследование включено 22 пациента: в группе контроля 9 человек, в группе НАХТ — 13. Проведен предварительный анализ результатов лечения. Медиана времени наблюдения составила 25,7 мес. Медиана БРВ составила 7,7 мес. (95% ДИ 0,9–9,7) в группе контроля и 12,9 мес (95% ДИ 4,4–17,4) в группе НАХТ (p=0,055). Медиана ОВ составила 12,9 мес (95% ДИ 7,9–20,4) в группе контроля и 18,7 мес (95% ДИ 12,4–23,4) в группе НАХТ (p=0,071). Частота хирургических резекций составила 71,8% в группе контроля и 84,6% в группе НАХТ (p=0,017). Частота R0-резекций составила 57% в группе контроля и 81,2% в группе НАХТ (p=0,037). Частота сосудистой резекции (воротная вена) составила 28,5% в группе контроля и 9% в группе НАХТ (p=0,04). Частота послеоперационных осложнений по Clavien–Dindo (III–IV) составила 28,5% в группе контроля и 18% в группе НАХТ (p=0,72).

Заключение. Представлен предварительный анализ результатов лечения 22 пациентов. Продемонстрировано статистически значимое увеличение резектабельности и частоты R0-резекций в группе НАХТ, имеется тенденция к улучшению показателей выживаемости (ОВ и БРВ) в группе НАХТ, но разница статистически недостоверна. Частота послеоперационных осложнений статистически не различалась между группами. Таким образом, НАХТ при резектабельном раке поджелудочной железы является перспективным методом, потенциально способным улучшить результаты лечения больных РПЖ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПО ПРОТОКОЛУ ERAS У ПАЦИЕНТОВ С ЗНО ЖЕЛУДКА СТАРШЕ 70 ЛЕТ

^{1,2}Р.Ю. Хлобыстин, ¹Ю.В. Шиманова, ²С.С. Дунаевская

¹ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства»,
Красноярск, Россия

²ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Минздрава России, Красноярск, Россия

Цель работы. Провести анализ течения послеоперационного периода у пациентов с злокачественными опухолями желудка старше 70 лет, лечение которых проводилось согласно протоколу ускоренной реабилитации (ERAS).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 63 пациентов со злокачественными опухолями желудка, проходивших лечение на базе хирургического отделения ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России в период с 2018 по 2024 г.

Пациенты были разделены на две клинические группы: в 1-ю группу вошли пациенты до 70 лет, во 2-ю группу – пациенты старше 70 лет. В 1-й группе было 55 пациентов (29 мужчин и 26 женщин) средний возраст которых составил 59,6 года (возраст самого молодого пациента – 38 лет). Во 2-й группе было 8 пациентов (12,6% от общего числа) – 5 женщин и 3 мужчин. Средний возраст 75,4 года. Самому старшему пациенту на момент хирургического лечения было 80 лет.

В 1-й группе неoadьювантная полихимиотерапия (НАПХТ) проводилась в 31 (55,3%) случае, во 2-й группе НАПХТ была проведена только одному пациенту. Всем пациентам были выполнены радикальные объемы оперативных вмешательств, при этом в группе пациентов до 70 лет в 7 случаях операции носили комбинированный характер: резекция соседних органов (в двух случаях в сочетании с панкреатодуоденальной резекцией). У пациентов старше 70 лет в 50% случаев операции носили комбинированный характер с резекцией соседних органов (поперечно-ободочная кишка, дистальная часть поджелудочной железы).

Ведение пациентов проводилось по протоколу ERAS, адаптированному под лечебное учреждение. Согласно протоколу периоперационного ведения пациентов выделяли три периода.

1. Предоперационный. На этом этапе мы подробно информировали пациента о диагнозе, планируемом лечении, предстоящей операции, объемах и особенностях предоперационного периода, хирургическом вмешательстве и анестезиологическом обеспечении. Проводилась оценка нутритивного статуса пациента. Наличие нутритивной недостаточности или рисков ее возникновения требовало восполнения энергетических потерь и недостатка питательных веществ. Для этой цели использовали специальные энтеральные питательные смеси, прием которых пациенты начинали с момента консультации. Также оценивалась сопутствующая патология, и при необходимости рекомендовались консультации смежных специалистов (кардиологов, эндокринологов, пульмонологов и т.п.) для ее коррекции.

2. Пери- и интраоперационный период. Подготовка кишечника проводилась только если планировалась или имелся риск резекции ободочной кишки. Отказ от приема твердой пищи за 6 часов до операции, прозрачной жидкости – за 2 часа до операции. За 60 минут до операции проводилось введение 5% раствора глюкозы в объеме 400–500 мл. Из особенностей выполнения операции следует отметить: прецизионную хирургическую технику оперирования, поддержание нормотермии пациента, отказ от необоснованных гемотрансфузий, отказ от рутинной установки зондов и дренажей.

3. Послеоперационный период. Проводилась обязательная установка эпидурального блока, что позволило практически полностью отказаться от введения опиоидных анальгетиков. На следующие сутки после операции большая часть пациентов переводилась из реанимационного отделения в профильное отделение, где купирование болевого синдрома проводилось введением НПВС. Назначалось раннее энтеральное питание. Пациентам была рекомендована ранняя активизация. Проводилось раннее удаление дренажей, катетеров, зондов.

Обработку данных, полученных в результате исследования, выполняли с помощью программы Statistica 6.1, а результаты представляли в виде процентов, абсолютных и относительных величин.

Результаты. Сравнительные результаты двух возрастных групп по шкале ECOG*. В 1-й клинической группе большинство пациентов имели 0–1 балл согласно данной шкале. Во 2-й клинической группе половина пациентов имела 2 балла, данные представлены в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительные результаты согласно шкале ECOG

Группа	Статус по шкале ECOG			
	0	1	2	3
1-я группа (n=55)	30 (54,54%)	15 (27,27%)	8 (14,54%)	1 (1,81%)
2-я группа (n=8)	1 (12,5%)	2 (25,0%)	4 (50,0%)	1 (12,5%)

Распределение пациентов по стадиям заболевания представлено в табл. 2.

Таблица 2

Распределение пациентов по стадиям заболевания

Группа	Стадия заболевания			
	1	2	3	4
1-я группа (n=55)	18 (32,72%)	14 (25,45%)	8 (14,54%)	8 (14,54%)
2-я группа (n=8)	2 (25,0%)	3 (37,5%)	3 (37,5%)	—

В 1-й группе пациентов в 3 случаях возникли осложнения по Clavien–Dindo: II – 1 пациент, IIIВ – 1 пациент, V – 1 пациент (послеоперационный панкреонекроз, летальный исход). Во 2-й группе пациентов двух случаях возникли осложнения по Clavien–Dindo: IIIВ (ранняя спаечная непроходимость) и IIIА (кровотечение из культи желудка у пациента с хроническим лимфолейкозом).

Средний койко-день в 1-й группе составил 10,17 дня, предоперационный – 1,5, послеоперационный – 8,9. Среднее количество дней нахождения в условиях реанимационного отделения – 2,1. Средний койко-день во 2-й группе пациентов составил 13,88 (при оценке без учета пациента с повторными вмешательствами – 10,14 дня), предоперационный – 1,85, послеоперационный – 11,88 (при оценке без учета пациента с релапаротомией – 8,14). Количество дней в реанимации – 2.

Заключение. У пациентов старшей возрастной группы применение программы ускоренной реабилитации (ERAS) является допустимым. Однако у данной категории больных ввиду наличия выраженной коморбидной патологии имеется дополнительный риск возникновения специфических осложнений, связанных с сопутствующей патологией.

* ECOG – шкала, описывающая уровень функционального состояния пациента в плане способности заботиться о себе, повседневной деятельности и физической активности (ходьба, работа и т.д.).

ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОК С ПТОЗОМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Э.Э. Топузов, В.А. Скворцов, Л.А. Гор, И.А. Гринев, Э.А. Ариба, Р.Н. Бабешкин
СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Современная хирургия рака молочной железы отличается от прежних подходов, которые ограничивались радикальной мастэктомией. Сегодня лечение сочетает в себе онкологическую и пластическую хирургию, что позволяет сохранить эстетический вид молочных желез и не снижать качество жизни пациентки.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения различных дермоглангулярных ножек у пациенток с птозом при одномоментной реконструкции молочной железы.

Материалы и методы. Нами проведено проспективное исследование пациенток с раком молочной железы и сопутствующим птозом молочных желез I–III степени, которым были выполнены различные виды реконструкций молочной железы в условиях СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер». Все пациентки находились под наблюдением с 2022 по 2023 г. За данный период в исследование включено 47 пациенток с раком молочной железы. Всем пациенткам были выполнены подкожные мастэктомии с одномоментной реконструкцией имплантатами с использованием различных дермоглангулярных ножек для укрытия нижнего склона имплантата. Критерии включения: гистологически и иммуногистохимически верифицированный рак молочной железы, птоз молочных желез I–III степени, клиническая стадия I–IIIA (T1–3N0M0), отсутствие видимых по ультразвуковому исследованию пораженных подмышечных лимфоузлов. Критерии невключения: отечно-инфильтративная форма рака молочной железы, наличие отдаленных метастазов опухоли, N1–N3 статус лимфатических узлов.

Результаты. Средний возраст пациенток составил 48 лет. Минимальный возраст составил 30 лет, максимальный возраст — 62 года. Медиана наблюдения составила 8 месяцев. Были использованы следующие варианты дермоглангулярных ножек: нижняя ножка — 30, горизонтальная ножка — 12, комбинированная ножка — 5. Из 47 пациенток 20 являлись носителями BRCA 1 мутации. За период наблюдения было выявлено 2 некроза сосково-ареолярного комплекса, 3 инфекционных осложнения, которые привели к потере имплантата, краевой некроз лоскута — у 2 пациенток, гематома — у 1 пациентки. За этот период не было отмечено местных рецидивов и прогрессирования. Оценка косметических результатов проводилась с помощью опросника BreastQ-Reconstruction Module Pre- and Postoperative Scales версия 2.0. При оценке модуля «Удовлетворенность молочной железой до и после операции» средний балл составил: 86 до лечения и 71 после, в модуле «Удовлетворенность результатом реконструкции» средний балл оставил 68 ($p < 0,05$).

Выводы. Применение различных дермоглангулярных ножек у пациенток с птозом при одномоментной реконструкции молочной железы является эстетически приемлемым, эффективным и безопасным способом реконструкции.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОВЕНУЛЯРНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ЛЕЧЕНИИ ЛИМФЕДЕМЫ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Э.Э. Топузов, В.А. Скворцов, Л.А. Гор

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

Введение. Одно из самых частых осложнений после операций на подмышечном лимфатическом коллекторе — вторичная лимфедема верхней конечности. По приблизительным оценкам, в Российской Федерации около 5,5 млн пациентов с первичной и вторичной лимфедемой. С возрастом возникает тенденция к увеличению заболеваемости. Частота развития лимфедемы верхней конечности после применения комбинированного лечения рака молочной железы достигает 20,0–40,0%; до 20% пациентов утрачивают трудоспособность.

Цель исследования. Оценить эффективность применения супермикрохирургической техники в наложении лимфовенулярных анастомозов и ввести данный вид лечения в широкую практику.

Материалы и методы. Проспективное исследование на базе СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» отделение хирургических методов лечения (молочной железы) № 2. За период с 12.2021 по 12.2022 г. нами прооперировано 7 пациенток с лимфедемой верхней конечности, которым было выполнено наложение лимфовенулярных анастомозов. Основные критерии включения в работу: пациентки, пролеченные по поводу рака молочной железы, с вторичной лимфедемой верхних конечностей I–II стадии. Всем пациенткам в качестве первого этапа комплексного лечения планировалось выполнение шунтирующей операции на лимфатическом коллекторе — наложение лимфовенулярных анастомозов. Затем все пациентки отправлялись в отделение реабилитации для проведения комплексной физической противоотечной терапии. В послеоперационном периоде пациентки постоянно носили компрессионный трикотаж минимум 6 месяцев для достижения оптимального результата. После выписки все пациенты приглашались на контрольные визиты с периодом 1 неделя, 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев.

Результаты. Всего было прооперировано 7 пациенток с лимфедемой верхней конечности. Для 7 пациенток медиана наблюдения составила 20 месяцев. С целью расчета регресса отека верхней конечности использовалась модернизированная формула для расчета объема усеченных конусов. Средний регресс отека оценивался путем вычисления медианы для переменной объема ДО=1428,71 (1319,72; 1514,1) и медианы для переменной объем ПОСЛЕ=1324,44 (1187,09; 1397,48).

Выводы. Наложение лимфовенулярных анастомозов является перспективным направлением в лечении вторичной лимфедемы верхних конечностей.

РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ DIEP-ЛОСКУТОМ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Э.Э. Топузов, В.А. Скворцов, Л.А. Гор, Г.М. Колчанов

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

Введение. Реконструкция молочной железы после удаления опухоли часто сопряжена с риском осложнений, которые могут привести к нежелательным последствиям, таким как потеря имплантата или кожного лоскута. Несмотря на прогресс в реконструктивной хирургии, уровень осложнений остается высоким (до 40%), и он различается в зависимости от метода реконструкции. В некоторых случаях мы можем предотвратить или успешно справиться с осложнениями, выбрав оптимальный вариант реконструкции для конкретной пациентки.

Цель исследования: оценить эффективность и эстетическую приемлемость применения DIEP-лоскута у пациенток с осложнениями после реконструкции молочных желез имплантатами/экспандерами в анамнезе и высокими факторами риска осложнения.

Материалы и методы исследования. В исследовании выполнено 20 реконструкций молочных желез с использованием DIEP-лоскута у пациенток с факторами риска, у которых ранее возникли осложнения и реконструкция имплантатами была неудачной.

Результаты исследования. Суммарный процент осложнений составил 35%. Доминантным осложнением была длительная серома в донорской зоне — у 3 пациенток (15%), все они имели ожирение I–II ст. Потеря лоскута отмечалась у 1 (5%) пациентки с отягощенным анамнезом (ожирение 3 ст., лучевая терапия). Частичный некроз выявлен у 1 (5%) обследуемой. Ранняя послеоперационная гематома выявлена у 1 (5%) пациентки, которой потребовалось экстренное хирургическое вмешательство, без потери и частичного некроза лоскута. Послеоперационная вентральная грыжа сформировалась у 1 (5%) женщины после операции на животе ранее. Также отмечено, что пациентки с ИМТ от 30,0 до 35 кг/м² и 35 кг/м² или выше подвергались значительно большему риску осложнений по сравнению с пациентками с нормальным ИМТ (от 18,5 до 25 кг/м²). Лучевая терапия в анамнезе увеличивала риск осложнений. Различия статистически значимы. Не было отмечено влияния химиотерапии на количество возникших осложнений. Опросник Breast Q показал хороший эстетический результат — 72 балла.

Выводы. У пациенток, которые столкнулись с осложнениями после реконструкции молочных желез имплантатами или экспандерами, а также у имеющих высокий риск осложнений DIEP-лоскут является эффективным и безопасным методом, который позволяет получить хороший эстетический результат.

ВЛИЯНИЕ СХЕМЫ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ БЕЗ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ HER2-ПОЗИТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.А. Чистякова, Р.В. Орлова

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

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

Введение. Поддерживающая терапия препаратами из группы моноклональных антител (МКА) является стандартной опцией в лечении метастатического Her2-позитивного рака молочной железы при достижении стабилизации или частичного регресса на фоне терапии 1-й линии. Целью данного вида лечения является поддержание достигнутого эффекта и увеличение времени до прогрессирования. Однако непрерывное проведение поддерживающей терапии МКА имеет такие недостатки, как дополнительная токсичность, негативное психологическое влияние на пациента ввиду постоянной потребности в посещении стационара и высокая стоимость, особенно в случаях, когда лечение продолжается годами.

Цели и задачи. Оценка выживаемости без прогрессирования на фоне поддерживающей терапии у больных метастатическим Her2-позитивным раком молочной железы после достижения стабилизации или частичного регресса на фоне 1-й линии лечения.

Материалы и методы. На базе СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» был произведен ретроспективно-проспективный анализ историй болезней пациентов с метастатическим Her2-позитивным раком молочной железы. В исследование было включено 84 пациента. Срез наблюдения составил 8 лет. Средний возраст пациентов в выборке составил $53,3 \pm 11,2$ года 95% ДИ [43,0–62,0]. 95% (80/84) пациентов имели соматический статус ECOG1.

В качестве 1-й линии лечения всем пациентам ($n=84$) назначили 6 циклов химиотерапии по схеме циклов доцетаксел в комбинации с трастузумабом и пертузумабом (6DHP). На фоне 1-й линии лечения полный регресс был достигнут 21,4% ($n=18/84$) пациентов, частичный регресс у 64,3% ($n=54/84$), стабилизация у 14,3% ($n=12/84$).

При этом 35,7% (30/84) пациентов продолжили получать двойную таргетную блокаду в качестве поддерживающего лечения, 59,5% (50/84) пациентов в качестве поддерживающей терапии был назначен только трастузумаб, а в 4,8% (4/84) случаев проведение поддерживающей терапии не было назначено.

Среди пациентов, получавших в качестве поддерживающей терапии двойную таргетную блокаду, оба препарата до прогрессирования получали 16 человек (52%), у 10 человек (32%) был отменен пертузумаб и поддерживающая терапия была продолжена только трастузумабом до прогрессирования, а у 5 человек (16%) в связи с некупируемыми нежелательными явлениями поддерживающая терапия моноклональными антителами была полностью завершена, и ее средняя продолжительность составила 8,3 месяца.

С помощью программы Jamovi был произведен анализ выживаемости без прогрессирования (ВБП) по Каплану–Майеру в зависимости от схемы поддерживающей терапии: в группе пациентов, продолживших получать двойную таргетную блокаду после завершения химиотерапии 1-й линии, и в группе пациентов, получавших трастузумаб в монорежиме. Группа пациентов, которым не проводилась поддерживающая терапия по причине нежелательных явления или по желанию пациента, составила 6 человек, и, ввиду малых размеров, не была включена в анализ.

Также был произведен анализ ВБП внутри группы пациентов, получавших поддерживающую терапию трастузумабом с пертузумабом, в зависимости ее от продолжительности: у пациентов, получавших двойную таргетную блокаду непрерывно до прогрессирования, у пациентов, получавших двойную таргетную блокаду в течение 6–10 месяцев с последующим переводом на трастузумаб в монорежиме, и у пациентов, которым поддерживающая терапия была прекращена через 6–10 мес полностью в связи с наличием полного регресса опухоли, нежелательных явлений или по желанию пациента.

При многофакторном регрессионном анализе в регрессионную модель были включены следующие факторы: схема поддерживающего лечения, непрерывность поддерживающего лечения, добавление антигормонального компонента, гистологический вид опухоли, степень дифференцировки, индекс Ki-67, степень ответа опухоли на 1-ю линию лечения (полный/частичный регресс/стабилизация), наличие/отсутствие висцерального метастазирования.

Результаты. В группе, непрерывно получающей в поддерживающем режиме двойную таргетную блокаду, не наблюдалось статистически значимого выигрыша в ВВП по сравнению с пациентами, получавшими только трастузумаб. Медианы ВВП составили 39 мес и 31 мес (Log rank p value=0,18). При регрессионном анализе Кокса отношение рисков HR=1,69 (95% ДИ 0,83–3,45), $p=0,147$. При многофакторном регрессионном анализе статистически значимого влияния схемы поддерживающего лечения на ВВП также выявлено не было (HR скорректированное 3,89 (95% ДИ 0,64–23,5), $p=0,139$).

Медиана ВВП в группе непрерывной поддерживающей терапии с использованием двойной таргетной блокады составила 31 мес против 27 мес в группе с отменой пертузумаба в процессе лечения (HR 0,63 (99% ДИ 0,29–1,36), $p=0,239$). При многофакторном анализе в этих группах также не было выявлено значимых различий ВВП: HR скорректированное 1,01 (95% ДИ 0,25–4,10), $p=0,991$.

В группе с полным завершением поддерживающего лечения через 6–10 мес медиана выживаемости, как и в группе непрерывного лечения, составила 31 месяц. Однако этот результат вероятнее всего связан с малым количеством пациентов в данной группе.

При многофакторном анализе также было отмечено статистически значимое влияние добавления антигормонального компонента к поддерживаемому лечению HR=0,26 (95% ДИ 0,09–0,69), $p=0,007$.

Выводы. Поддерживающая терапия с использованием двойной таргетной блокады после 1-й линии терапии по схеме 6 DHP у больных HER2-позитивным РМЖ не обеспечивает статистически значимого преимущества в ВВП по сравнению с проведением 1-й линии терапии по схеме 6DHP с последующей поддерживающей терапией трастузумабом в монорежиме.

При наличии у пациентов полного регресса опухоли на фоне лечения и нежелательных явлений возможно рассмотреть вопрос о деэскалации или досрочном завершении поддерживающей терапии МКА у больных HER2-позитивным РМЖ без статистически значимого влияния на показатель ВВП. Однако данный вопрос требует изучения на выборке большего объема.

Добавление антигормонального компонента в случае трижды позитивной опухоли позволяет статистически значимо улучшить ВВП на фоне поддерживающего лечения. Вопрос выбора оптимального антигормонального агента требует дальнейшего изучения.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ КОНВЕРСИИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ПОДТИПА ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЛЮМИНАЛЬНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

^{1,2}М.И.Глузман, ^{1,3}Е.А.Чистякова, ^{1,2}Г.А.Раскин, ^{1,2}Р.В.Орлова

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

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

³СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия

Введение. В ходе многочисленных исследований доказано, что иммуногистохимические (ИГХ) характеристики опухоли могут изменяться при прогрессировании заболевания и под действием лечения. Однако точные механизмы фенотипической изменчивости рака молочной железы остаются предметом изучения.

Цель. Выявление факторов, повышающих вероятность конверсии ИГХ подтипа при прогрессировании люминальных подтипов рака молочной железы.

Материалы и методы. На базе СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» было проведено ретроспективно-проспективное исследование 53 случаев прогрессирования люминального рака молочной железы в период с 2019 по 2024 год.

Всем пациентам была выполнена биопсия первичной опухоли до начала лечения и повторная биопсия метастатических/рецидивных очагов. Все полученные парные биоптаты были подвергнуты гистологическому и ИГХ-исследованию.

Произведен однофакторный логистический регрессионный анализ и многофакторный анализ полученных данных методом биномиальной логистической регрессии в программе Jamovi. В качестве зависимой переменной выбрана конверсия ИГХ-подтипа, а в качестве оцениваемых факторов, влияющих на вероятность ее выявления гистологический вид опухоли, степень дифференцировки (G), ИГХ-подтип первичной опухоли, наличие/отсутствие висцерального криза, первичная/вторичная гормонорезистентность либо ее отсутствие, наличие/отсутствие висцерального метастазирования, наличие/отсутствие мутаций в генах *PIK3CA*, *BRCA1/2*, наличие в анамнезе лучевой терапии, химиотерапии, вид получаемой в качестве адъювантного лечения антигормональной терапии (тамоксифен/ингибиторы ароматазы), стадия заболевания.

Результаты. Конверсия ИГХ-подтипа была выявлена в 19% случаев (10/53). При однофакторном анализе среди исследуемых факторов не было выявлено статистически значимо повышающих вероятность выявления конверсии ИГХ-подтипа. При многофакторном анализе в результате построения регрессионной модели было выявлено статистически значимое повышение вероятности конверсии ИГХ-подтипа у опухолей со степенями дифференцировки G2 по сравнению с G1 (ОШ нескорректированное G1/G2: 2,5 (95% ДИ 0,35–50,75), ОШ скорректированное G1/G2: 163,6, $p=0,033$) и G3 по сравнению с G1 (ОШ нескорректированное G1/G3: 3,33 (95% ДИ 0,39–72,58), ОШ скорректированное G1/G3: 327,91, $p=0,019$). Также было выявлено, что наличие первичной гормонорезистентности статистически значимо повышает шансы выявления конверсии ИГХ-подтипа опухоли на фоне лечения (ОШ нескорректированное 0,58 (95% ДИ 0,10–3,18), ОШ скорректированное: 0,00315, $p=0,035$). При этом вторичная гормонорезистентность по сравнению с отсутствием гормонорезистентности не повышает вероятность возникновения конверсий ИГХ-подтипа (ОШ нескорректированное 1,01 (95% ДИ 0,25–4,59), ОШ скорректированное: 0,229, $p=0,479$). При люминальном B подтипе вероятность конверсии достоверно выше, чем при люминальном A подтипе. (ОШ нескорректированное lumA/lumB: 0,47 (95% ДИ 0,15–1,43), ОШ скорректированное lumA/lumB: 0,0566, $p=0,025$).

Описываемая регрессионная модель предсказывает вероятность выявления конверсии в 50% случаях ($R^2=0,503$).

Выводы. К факторам, указывающим на высокую вероятность конверсии ИГХ-подтипа, относится умеренная и низкая дифференцировка клеток и люминальный B подтип первичной опухоли, а также наличие признаков первичной гормонорезистентности. При прогрессировании заболевания у данных групп пациентов необходимо выполнение ребиопсии.

Работа выполнена при поддержке гранта РНФ 23-75-01056.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ С ПОМОЩЬЮ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Э.Э. Топузов, В.А. Скворцов, Л.А. Гор, И.А. Гринев, Р.Н. Бабешкин, Э.А. Ариба
СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Реконструкция молочной железы после удаления — важная часть комплексного лечения рака молочной железы. Она не только возвращает пациентке привычный внешний вид, но и улучшает ее самочувствие и качество жизни. Искусственный интеллект может стать незаметным помощником в выборе оптимального метода реконструкции и прогнозировании возможных осложнений, что сделает процесс восстановления более эффективным и безопасным.

Цель исследования: оценить эффективность применения искусственного интеллекта в реконструктивно-пластической хирургии молочной железы.

Материалы и методы. Нами проведено ретро- и проспективное исследование пациенток с раком молочной железы, которым были выполнены различные виды реконструкций молочной железы в условиях СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» совместно с клиникой МЧС им. А. М. Никифорова и Военно-медицинской академией имени С. М. Кирова. Все пациентки находились под наблюдением с 2013 по 2021 год. За данный период времени включено 987 случаев пациенток с РМЖ, которым были выполнены реконструктивные операции. Для анализа использовалось 57 клинических признаков. Эти признаки были внесены в общую базу данных и проанализированы искусственным интеллектом с помощью создания алгоритма многофакторного анализа персонифицированных данных для прогнозирования осложнений реконструкции с целью создания индивидуальной программы оперативного вмешательства и профилактики осложнений в каждом конкретном случае. Для анализа использовался язык Python, библиотеки обработки данных — Numpy, Pandas, Scikit-learn, H2o.

Результаты. За данный период времени было выполнено: 213 подкожных мастэктомий с одномоментной установкой имплантата/экспандера, 297 кожесохранных мастэктомий с одномоментной установкой имплантата/экспандера, 93 TRAM-лоскута, 70 торакодорсальных лоскутов в сочетании с эндопротезом, 50 T-DAP-лоскутов в сочетании с имплантатом, 248 отсроченных реконструкций с установкой экспандера, 16 DIEP-лоскутов. Было определено 30 клинически значимых признаков для прогнозирования осложнений. Наиболее важными из них были: возраст пациентки, Pinch-тест, срок после лучевой терапии, индекс массы тела, опыт хирурга, объем молочной железы. Разработан алгоритм для прогнозирования осложнений при выполнении РПО и выбора оптимального метода реконструкции при помощи программы искусственного интеллекта.

Выводы. Модели искусственного интеллекта могут повысить точность и эффективность реконструктивно-хирургического лечения рака молочной железы, а также уменьшить количество осложнений и ненужных оперативных вмешательств в реабилитации пациенток с раком молочной железы.

БЕЗОПАСНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ И АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЕЙ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

^{1,2}Р.В. Орлова, ^{1,2}А.В. Андросова, ^{1,2}Н.П. Беляк, ²А.А. Коркина, ²А.А. Варанкина, ^{2,3}С.И. Кутукова, ²А.К. Иванова

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

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

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

Введение. Высокая эффективность антиретровирусной терапии (АРВТ) при инфекции вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) привела к снижению риска развития синдрома приобретенного иммунодефицита, повышению иммунной функции и выживаемости, а также к снижению числа ВИЧ-ассоциированных злокачественных новообразований (ЗНО). Однако частота развития ЗНО, не связанных с инфицированием ВИЧ, возросла вследствие увеличения продолжительности жизни, более высокой вероятности совместного заражения онкогенными инфекциями. Сочетанное назначение АРВТ и противоопухолевой терапии пациентам с ВИЧ-инфекцией может быть затруднительным вследствие возможного межлекарственного взаимодействия, что может потенциально снизить эффективность терапии как ВИЧ-инфекции, так и онкологического заболевания.

Цель. Оценка безопасности совместного применения АРВТ и противоопухолевой терапии у онкологических пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. В анализ включено 38 ВИЧ-инфицированных пациентов на фоне АРВТ, проходивших лечение в условиях СПб ГБУЗ ГКОД в 2022–2023 годах в связи с развитием онкологического заболевания. Медиана возраста составила 47 лет (24–74 года). Пациенты мужского пола составили 60%, женского — 40%. Среди пациентов данной группы зафиксирована коинфекция вирусом гепатита С — у 13 человек, вирусами гепатита В и С — у одного, сифилис зарегистрирован также у одного человека. Среди ЗНО наиболее часто развивались саркома Капоши (26,4%) и рак легкого (18,5%). У 10,5% пациентов зарегистрированы рак молочной железы либо колоректальный рак. У 7,9% пациентов — рак шейки, рак яичников либо опухоль головы и шеи. У 2,6% пациентов — герминогенная опухоль, гепатоцеллюлярная карцинома, рак анального канала либо рак поджелудочной железы.

Химиотерапия (ХТ) применялась в 70% случаев, ХТ в комбинации с моноклональными антителами — в 17%. Ингибиторы контрольных точек иммунитета в монорежиме применялись в 2% случаев, так же как и в комбинации с ингибиторами тирозинкиназ (ИТК). Химиоиммунотерапию использовали в 3% случаев, аналогичная частота применения ИТК в монорежиме, гормональных препаратов с ингибиторами циклин-зависимых киназ. Проведена оценка частоты нежелательных явлений (НЯ), уровня вирусной нагрузки и CD4-клеток на момент начала противоопухолевой терапии и спустя 3 месяца от начала лечения.

Результаты. Отсутствие каких-либо нежелательных явлений в процессе противоопухолевого лечения отмечалось у 35 (87,5%) пациентов. У оставшихся 5 (12,5%) человек были отдельно зарегистрированы астения, ладонно-подошвенный синдром, полинейропатия, нейтропения и тромбоцитопения. Медиана уровня вирусной нагрузки на момент начала противоопухолевой терапии составила 40 копий/мл [IQR 35,50–40], спустя 3 месяца лечения — также 40 копий/мл [IQR 11,25–40]. Медиана уровня CD4-клеток на старте терапии составила 339 кл/мкл [IQR 228,5–473,0], спустя 3 месяца лечения — 349 кл/мкл [IQR 280,0–515,0].

Выводы. Совместное применение АРВТ и противоопухолевой терапии продемонстрировало удовлетворительную переносимость. На фоне специфической терапии ЗНО и АРВТ не отмечалось роста вирусной нагрузки и снижения уровня CD4-клеток. Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о безопасности проведения сочетанной терапии ВИЧ-инфекции и ЗНО при условии междисциплинарного подхода совместно с инфекционистами и учета межлекарственного взаимодействия препаратов.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОСЕТЕВОГО АЛГОРИТМА В КОЛЬПОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

¹И.Е.Говоров, ¹В.А.Артёмченко, ²С.В.Завьялов, ²В.А.Павлов, ¹В.Ю.Дейнега, ¹Э.В.Комличенко, ¹Е.А.Ульрих

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

²ФГАОУ ВО «Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Рак шейки матки (РШМ) является одним из наиболее распространенных заболеваний у женщин во всем мире. В 2022 г. в России было зарегистрировано более 15 900 случаев РШМ, более 6000 женщин умерли от РШМ. Одним из основных методов дифференциальной диагностики диспластических и неопластических поражений шейки матки является кольпоскопия. Однако этот метод имеет ряд недостатков, в том числе субъективность и выраженную зависимость от опыта оператора.

Цель. Предложить подходы к дифференциальной диагностике диспластических состояний шейки матки на основе нейросетевого алгоритма.

Материалы и методы. В исследование были включены кольпоскопические изображения, полученные от 1500 пациенток, обратившихся амбулаторно или поступивших на стационарное гинекологическое отделение в НМИЦ им. В. А. Алмазова. Протокол расширенной кольпоскопии включал осмотр нативного изображения шейки матки, а также после нанесения 5% раствора уксусной кислоты и 3% водного раствора Люголя.

Кольпоскопические изображения в обучающем датасете были предварительно разделены независимо двумя экспертами на четыре класса: нормальная кольпоскопическая картина, аномальная кольпоскопическая картина (АКК) 1 и 2 степени и подозрительные на инвазию. Исследования проводились в соответствии с установленными этическими стандартами. Все пациентки подписали информированное согласие на использование кольпоскопических изображений в исследовательских целях. Были приняты дополнительные меры по удалению персональных данных (имени и даты обследования) из метаданных изображений, чтобы исключить возможность идентификации.

В сотрудничестве с Суперкомпьютерным центром Санкт-Петербургского политехнического университета Петра Великого была разработана свёрточная нейронная сеть для распознавания и сортировки изображений. Далее проводилось обучение нейронной сети, при котором исходный датасет был разделен на два набора по следующему принципу: 70% выборки отводилось на тренировку алгоритма и 30% — на тестирование. Первоначально размер обучающего набора уменьшался, а размер тестового набора увеличивался после каждого этапа обучения. Затем процесс обучения повторялся. В результате было достигнуто соотношение 1:2 изображений для обучающей и тестовой выборок.

Результаты. Всего для анализа было представлено 2842 изображения, из которых 1323 изображения относились к норме, 94 — АКК 1 ст., 1046 — АКК 2 ст., 379 — подозрение на инвазию. Одной пациентке соответствовало от одного до двух изображений. Общая точность распределения изображений по классификации достигла 94,68%, где норма составила 95,46%, АКК 1 ст. — 79,78%, АКК 2 ст. — 94,16%, подозрительные на инвазию — 97,09%.

Заключение. Применение свёрточной нейронной сети для анализа кольпоскопических изображений представляется перспективным методом, который способен значительно повысить качество диагностики предраковых поражений и РШМ. С учетом актуальности проблемы РШМ в России, а также существующих ограничений ресурсов и недостатка опытных специалистов внедрение такой системы в клиническую практику может стать эффективным инструментом поддержки принятия врачебных решений. Это не только способно потенциально улучшить раннюю диагностику, но и увеличить охват населения диагностическими обследованиями, способствуя снижению заболеваемости и смертности от данного заболевания.

Исследование выполнено при финансовой поддержке Министерства науки и высшего образования Российской Федерации (Соглашение № 075-15-2022-301 от 20.04.2022).

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ ТАЗА

^{1,2}Р.Э. Амдий, ²Т.М. Топузов, ²М.Ю. Егорова, ²И.Н. Орлов, ¹С.Х. Аль-Шукри, ¹С.Б. Петров, ²С.В. Попов

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад.

И. П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

²СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», Санкт-Петербург, Россия

Введение. В настоящее время количество радикальных хирургических вмешательств на органах малого таза значительно возросло. У этих пациентов в раннем и отдаленном послеоперационном периоде возникают расстройства мочеиспускания и тазовые дисфункции, значительно снижающие качество жизни.

Цель. Определение алгоритмов и повышение эффективности реабилитации и лечения недержания мочи (НМ) и эректильной дисфункции (ЭД) у пациентов после радикальной простатэктомии (РПЭ) и нарушений мочеиспускания после радикальной гистерэктомии (РГЭ).

Материалы и методы. Лечение и реабилитация были проведены 42 пациентам с ЭД и НМ после радикальной лапароскопической и роботической простатэктомии и 21 пациентке с гипоактивностью или аконтрактильностью детрузора после радикальной гистерэктомии.

У пациентов после радикальной простатэктомии через 3 месяца после удаления уретрального катетера сохранялись НМ и ЭД легкой или средней степени тяжести. Пациенты входили в низкую или промежуточную группу риска биохимического рецидива РП, признаки рецидива РП отсутствовали. Средний возраст пациентов составил $65,9 \pm 7,3$ года. Для лечения и реабилитации этих пациентов проводили этапно и комплексно: рекомендовали выполнение упражнений для мышц тазового дна, в том числе с применением биологической обратной связи, при ЭД назначали курсовой прием ингибитора фосфодиэстеразы 5-го типа, экстракорпоральную магнитную стимуляцию «Авантрон». Результаты терапии были оценены с учетом динамики жалоб, данных дневника мочеиспускания, анкеты для оценки эректильной функции МИЭФ-5, анкеты для оценки недержания мочи ICIQ-SF.

У 10 пациенток после радикальной гистерэктомии было выявлено затруднение мочеиспускания и увеличение количества остаточной мочи более 150 мл (гипоактивность мочевого пузыря). Клинической особенностью течения гипоактивности мочевого пузыря является малосимптомное или даже бессимптомное течение. В связи с этим необходимо проводить контрольное урологическое обследование в отдаленном послеоперационном периоде с выполнением урофлоуметрии, определением количества остаточной мочи и, при необходимости, уродинамическим обследованием. У 12 пациенток после радикальной гистерэктомии — отсутствовало самостоятельное мочеиспускание (аконтрактильность мочевого пузыря). Средний возраст составил $54,9 \pm 7,3$ года. Для лечения и реабилитации также использовали комбинированный и комплексный подход: использовали антихолинэстеразные препараты, альфа-адреноблокаторы, тиббиальную нейромодуляцию, экстракорпоральную магнитную стимуляцию. Результаты лечения и реабилитации были оценены с учетом динамики жалоб, объема остаточной мочи, восстановления самостоятельного мочеиспускания.

Результаты. После завершения курса реабилитации после радикальной простатэктомии у 5 (11,9%) больных сохранялось недержание мочи, 6 (14,3%) пациентов использовали 1 прокладку, а полное удержание мочи было достигнуто у 31 (73,8%) пациентов. Общий балл ICIQ-SF после курса ЭКМС уменьшился с $13,1 \pm 0,4$ до $3,8 \pm 0,3$ ($p < 0,05$), также снизился средний балл шкалы ICIQ-SF при ответе на вопросы о частоте подтекания мочи, ее количестве и влиянии недержания мочи на повседневную жизнь ($p < 0,05$). Таким образом, после проведения реабилитации у большинства пациентов было достигнуто удержание мочи, у других пациентов отмечено уменьшение частоты и выраженности НМ. При оценке эректильной функции было выявлено, что средний балл МИЭФ-5 увеличился с $14,3 \pm 2,5$ до $17,1 \pm 3,1$ ($p < 0,05$), что говорит об улучшении эректильной функции. У 4 пациентов с сохранившимся недержанием мочи и/или эректильной дисфункцией было проведено хирургическое лечение (имплантация искусственного сфинктера, фаллопротезирование) с хорошим результатом.

После радикальной гистерэктомии была проведена реабилитация 10 пациенток с гипоактивностью мочевого пузыря и увеличением объема остаточной мочи. После комбинированного лечения у 6 (60%) пациенток объем остаточной мочи уменьшился до 50 мл и менее.

У 12 пациенток с аконтрактильным мочевым пузырем мочеиспускание не восстановилось и отсутствовали к нему позывы при наполнении мочевого пузыря через 1 месяц после радикальной гистерэктомии. Для деривации мочи из мочевого пузыря им был установлен постоянный уретральный катетер. После комбинированного курса лечения 9 из 12 пациенток отметили появление позыва на мочеиспускание при наполнении мочевого пузыря менее 300 мл и у них восстановилось самостоятельное компенсированное мочеиспускание с объемом остаточной мочи менее 50 мл. Пациентки, у которых не восстановилось мочеиспускание, были переведены на интермиттирующую самокатетеризацию.

Заключение. Применение патогенетического обоснованного, комплексного и комбинированного подхода к лечению нарушений мочеиспускания и тазовых дисфункций у пациентов после онкологических операций на органах таза позволяет повысить эффективность урологической реабилитации и может быть рекомендовано к применению в клинической практике.

УРОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

В.В.Ромих, Л.Ю.Кукушкина, А.В.Захарченко, В.В.Пантелеев

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»
Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Хроническая задержка мочеиспускания (ХЗМ) у женщин после оперативных вмешательств на органах таза, в том числе по поводу онкологического заболевания, — актуальная распространенная проблема, негативно влияющая на функцию верхних мочевых путей, а также существенно снижающая качество жизни женщин. Основной объем обращений за медицинской помощью приходится на первые два месяца после проведенного оперативного вмешательства. Каждая пятая женщина во всем мире имеет нарушения мочеиспускания разной степени выраженности вследствие перенесенного оперативного вмешательства.

При выборе метода лечения женщин, перенесших оперативное вмешательство на органах таза, предпочтительней использовать неинвазивные методики.

В связи с необходимостью усовершенствования существующих консервативных немедикаментозных методик лечения хронической задержки мочеиспускания особое внимание привлекают сочетанные методики, что связано как с клиническими, так и с медико-экономическими аспектами. Отмечаются высокий запрос на консервативное лечение со стороны пациенток и их высокая приверженность именно к консервативному немедикаментозному методу лечения.

Цель. Уменьшение или ликвидация симптомов задержки мочеиспускания и улучшение качества жизни пациенток с применением консервативного немедикаментозного метода лечения.

Задача обеспечивается применением консервативного немедикаментозного метода лечения с высоким уровнем эффективности, безопасности и воспроизводимости, с сокращением времени лечения при снижении медико-экономических затрат, а также получением более благоприятного и длительного функционального результата.

Материалы и методы. В НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина в отделении уродинамики и нейроурологии наблюдалось 35 женщин, которым была выполнена операция Вертгейма типа 3 по поводу рака шейки матки более 6 месяцев назад.

В качестве метода выбора пациенткам предложено проведение комбинированного лечения методом электронейромодуляции и БОС-терапии. Курс состоял из 12 тренировочных сеансов. Кратность выполнения дважды в неделю.

Первым этапом пациенткам выполнялась электронейромодуляция тиббиального нерва. Наружный электрод устанавливался в проекцию тиббиального нерва на уровне голеностопа. Второй (заземляющий электрод) на пяточную кость. Нейромодуляция проводилась в течение 30 минут. Интенсивность стимуляции подбиралась таким образом, чтобы вызвать сгибание большого пальца ноги, но не достигая боли или выраженного дискомфорта.

Следующим этапом выполнялась БОС-терапия. Пациентка располагалась в кресле в положении полулежача. Во влагалище устанавливался датчик, который регистрирует ЭМГ-активность мышц тазового дна. На переднюю брюшную стенку устанавливаются наружные электроды для регистрации брюшного давления (два электрода) и один электрод на область гребня тазовой кости. Сеанс БОС проводится в течение 20 минут в «негативном» режиме, направленном на расслабление мышц тазового дна. Пациентка во время сеанса БОС-терапии имеет возможность отслеживать на мониторе сокращение и расслабление мышц тазового дна согласно видеоряду, представленному на мониторе. Медицинский сотрудник следит за правильностью выполняемых пациенткой действий. Также во время сеанса БОС-терапии ведется контроль задействованности передней брюшной стенки пациентки. При правильном выполнении тренировки передняя брюшная стенка должна быть интактна и неактивна.

Эффективность терапии оценивалась по шкале Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) — Шкала общего впечатления пациента об улучшении.

Результаты. После проведения данного лечения процент окончательной эффективности к концу курса (№ 12) по PGI-I составил 65,7%.

Заключение. Сочетанная методика электронейромодуляции и БОС-терапии показывает высокую эффективность в восстановлении функции нижних мочевых путей у женщин после перенесенного оперативного вмешательства. Повышение эффективности каждого сеанса за счет комбинации тиббиальной нейромодуляции и БОС позволяет сократить количество тренировок, необходимых для достижения эффекта.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЦИЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ЯИЧНИКА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

¹С.З. Сафина, ¹Г.К. Мухамедьярова, ²А.Л. Королева

¹ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер им. проф. М. З. Сигала» Минздрава

Республики Татарстан, Казань, Россия

²Городская поликлиника № 18, Казань, Россия

Введение. Рак яичника (РЯ) занимает восьмое место в структуре общей онкологической заболеваемости (5%) в РФ и третье — среди гинекологических опухолей, после рака тела и шейки матки. Ежегодно в Республике Татарстан выявляется около 400 новых случаев злокачественных новообразований яичников, за последние 5 лет наблюдается рост количества вновь выявленных случаев РЯ.

Рак яичников относится к новообразованиям не визуальных локализаций и демонстрирует низкие показатели безрецидивной и общей выживаемости. В подавляющем большинстве случаев РЯ выявляется на III–IV стадии, что определяет неблагоприятный прогноз. Частота мутаций в генах *BRCA* у больных РЯ на территории РФ варьирует от 4,1 до 25%, имеются данные, что частота достигает 28,4%.

В лечении распространенного рака яичника основополагающим является циторедуктивная хирургия в комбинации с химиотерапией. Несмотря на высокий уровень первичного ответа на терапию, у большинства женщин РЯ рецидив заболевания возникает в течение последующих 12–24 месяцев. 5-летняя выживаемость у женщин с запущенной III–IV стадией заболевания составляет менее 10–20%. Пациентам, которым при возникновении рецидива можно выполнить повторные циторедуктивные операции, имеют преимущество по ВВП и общей выживаемости.

Молекулярно-генетическое исследование является обязательным и включает следующие варианты: определение повторяющихся мутаций в генах *BRCA1/2* в крови методом ПЦР, таргетное секвенирование (NGS) и исследования дефицита гомологичной рекомбинации (Homology Recombination Deficiency, HRD).

Ведущее отделение (отделение химиотерапии № 3), специализирующееся на лекарственной терапии рака яичника в Республике Татарстан, занимается лечением злокачественных опухолей репродуктивных органов с 2009 г.

Цель. Оценка основных статистических показателей ЗНО яичников в РТ, оценка эффективности лекарственной терапии при первичном и рецидивирующем РЯ, оценка эффективности поддерживающей терапией PARP-ингибитором Олапариб.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 175 случаев лекарственного лечения первичного и рецидивирующего эпителиального РЯ, получивших терапию в ОХТ № 3 в 2022 г., ретроспективный анализ 31 случая назначения поддерживающей терапии PARP-ингибитора Олапариб за период с 2019 по 2023 год.

Результаты. По данным за 2022 г. в РТ 399 случаев впервые выявленного РЯ, из них I стадия — 37%, II стадия — 15,4%, III стадия — 33,6%, IV стадия — 14%. За последние 5 лет наблюдается увеличение доли выявленных на ранних стадиях РЯ (с 42,7% в 2018 г. до 52,4% в 2022 г.) и уменьшение случаев диагностики первичного заболевания на IV стадии (с 20,7% в 2018 г. до 14% в 2022 г.). Наряду с этими показателями наблюдается снижение одногодичной летальности впервые выявленного РЯ с 26,17% до 14,41%, и увеличение 5-летней выживаемости при I стадии (с 60,6 до 64,4%).

В 2022 г. в ОХТ № 3 пролечено 182 пациентки с РЯ, 175 из них — пациентки с эпителиальным РЯ, которым лекарственная терапия проводилась при первичной постановке диагноза и по поводу рецидива РЯ. Средний возраст пациенток на момент первичного выставления диагноза РЯ — 59,4 года (35–86 лет), и стадии заболевания распределены следующим образом: I ст.— 12 пациентов (6,9%), II ст.— 9 (6,3%), III ст.— 122 (67,4%), IV ст.— 32 (18,6%). Продолжительность ВВП после первичного лечения РЯ составило 18,5 мес для всех стадий, из них: при I ст.— 30,4 мес, II ст.— 21,7 мес, III ст.— 19,2 мес, IV — 11 мес.

В 29% случаев (45 пациентов) первым этапом применялась платиносодержащая химиотерапия: ввиду распространенности процесса и невозможности выполнения радикальности оперативного вмешательства. Комбинация паклитаксел+карбоплатин (цикл 21 день) была режимом

выбора в 80%. В последующем 83,6% пациенток из этой группы были прооперированы в оптимальном объеме. В послеоперационном периоде примерно у 90% пациентов продолжена химиотерапия в прежнем режиме с или без бевацизумаба до 4–10 курсов, случаи отклонения от комбинированного режима были связаны или с тяжестью общего состояния на момент начала химиотерапии, или с лечением за пределами РФ. ВБП у пациенток, получивших НАПХТ в рамках комбинированного лечения первично-распространенного РЯ, составило 12,2 мес.

Предпочтительный режим послеоперационной лекарственной терапии по поводу первичного рака яичника III–IV стадий – дублет Пакли+Карбо в 3-недельном режиме введения – 88% (125 пациентов). У 45% (64 пациентов) дополнительно к платиновому дуплету был добавлен Бевацизумаб. Средняя продолжительность антиангиогенной терапии – 15 циклов.

При анализе случаев лекарственной терапии по поводу первого рецидива РЯ I–IV стадий выявлено, что лечение началось с проведения повторной циторедуктивной операции в 13,7% случаев. У 55% пациентов (97 случаев) вновь была назначена комбинация производного платины и таксанов при медиане длительности бесплатинового интервала 25,4 мес. Средняя продолжительность первой линии химиотерапии в режиме Пакли+Карбо – 4,3 мес, Бевацизумаб был присоединен к схеме в 72% случаев. В подгруппе пациенток, получивших комбинацию доксорубицина и карбоплатина по поводу 1-го рецидива, медиана продолжительности бесплатинового интервала составила 10,1 мес. Выбор варианта противоопухолевой лекарственной терапии основывался на длительности бесплатинового интервала после первичного лечения.

Для анализа применения PARP-ингибитора Олапариб в поддерживающей терапии РЯ отобраны 31 случай назначения препарата в период с 2020 по 2023 г. В анализ вошли пациентки с серозным (90%), светлоклеточным (6,4%) и эндометриоидным (3,2%) РЯ высокой (83,8%) и низкой (16,2%) степени злокачественности. Средний возраст пациенток – 51 год (33–62 года). На момент установки диагноза рак яичников диагностирован на I ст. – 6,5%, II ст. – 6,5%, III ст. – 74,1%, IV ст. – 12,9%.

Олапариб назначался в поддерживающем режиме после ответа на платиновую терапию первичного (25%) и рецидивного (75%) РЯ. ВБП в группе составила 6 мес 64,5% (20 пациентов) получили препарат после 1-й линии лекарственной терапии по поводу прогрессирования РЯ, 19,3% (6 пациентов) после 2-го прогрессирования, остальные – в терапии 3-го и последующего рецидивов.

Продолжительность приема препарата Олапариб составляет от 2 до 29 мес, средняя продолжительность приема – 12 мес с приемлемым профилем токсичности. В основном были ожидаемые НЯ 1–2 ст. (анемия, печеночная токсичность), случаев отмены препарата в связи с неприемлемой токсичностью не наблюдалось. У 5 пациенток имеется метакхронный рак яичника и молочной железы, ассоциированный с мутацией *BRCA1/2*. РЯ манифестировал с медианой возраста возникновения 50 лет (45–60 лет).

Заключение. Лечение эпителиального рака яичника в РТ проводится согласно клиническим рекомендациям AOP, RUSSCO, NCCN. Неоадьювантная лекарственная терапия используется при невыполнимости оптимальной циторедуктивной операции. Комбинация препаратов паклитаксел+карбоплатин является предпочтительной в первой линии терапии распространенного рака яичника. При возникновении рецидива применяется опция повторной циторедуктивной операции с последующей лекарственной терапией. Выбор платинового агента в комбинации химиопрепаратов по поводу рецидива РЯ основывается на длительности предшествующего бесплатинового интервала. Применение PARP-ингибиторов в поддерживающей терапии рака яичников и молочной железы помогает достичь контроля заболевания с удовлетворительным профилем токсичности.

АНАЛИЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ И ВЫЯВЛЕНИЯ РАННИХ ПРИЗНАКОВ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

Т.С.Ермакова

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

Цель. Изучение клинико-морфологических аспектов развития базальноклеточного рака кожи и разработка новых подходов в лечении базальноклеточного рака кожи, снижение возникновения рецидивов базальноклеточного рака кожи.

Введение. Базальноклеточный рак кожи является наиболее часто встречающимся типом рака в мире и составляет около 75% из всех немеланомных злокачественных образований кожи. Многочисленные клинические факторы и гистологические параметры опухоли связаны с риском рецидива базальноклеточного рака кожи после лечения: анатомическая локализация, наличие иммуносупрессии, предшествующая лучевая терапия в зоне рецидивирующего течения базальноклеточного рака кожи, были исследованы по различным критериям с целью разработки дополнительных критериев прогнозирования тяжести течения и выявления ранних признаков рецидивирования базальноклеточного рака кожи.

Материалы и методы. Методика работы заключалась в анализе контингента обследуемых, морфологической картины опухолевого процесса, локализации опухолевого процесса, выявлении негативных факторов прогноза опухолевого процесса, способствующих развитию рецидива заболевания. В исследование включены 50 пациентов: 25 человек с впервые выявленным базальноклеточным раком кожи головы и шеи, ранее не получавших специализированного лечения, и 25 — с рецидивным течением базальноклеточного рака кожи головы и шеи, после проведенного ранее лечения. В работе был использован биопсийный операционный материал, полученный в результате хирургического удаления 50 базалиом. В двух группах пациентов были исследованы морфологические типы опухолевого процесса, размеры опухоли, глубина инвазии опухолевого процесса, стадии опухолевого процесса и локализация опухоли, также выполнена оценка зависимости опухолевого процесса от возраста пациентов и курения. Все пациенты были разделены на возрастные группы: молодой возраст, средний возраст, пожилой возраст, старческий возраст, долгожители. В исследуемой группе пациентов встретились нодулярная (солидная), инфильтративно-язвенная, склероподобная, поверхностная, аденоидно-солидная формы базальноклеточного рака кожи. Пациенты обеих групп были поделены по анатомическим локализациям базальноклеточного рака кожи головы и шеи: кожа волосистой части головы, кожа носа, кожа ушной раковины, кожа лобной области, кожа окологлазничной области, кожа височной области, кожа щечной области, кожа скуловой области, кожа губ и первично множественное поражение кожи лица и шеи.

Пациенты двух исследуемых когорт с безрецидивным течением и рецидивирующим течением базальноклеточного рака кожи были разбиты на группы по размерам опухолевого поражения кожи, было выделено 7 групп. По протяженности опухолевого процесса равно или менее 5 мм и максимальный более 35 мм. Выполнена оценка глубины инвазии базальноклеточной карциномы и вовлечения слоев дермы в опухолевый процесс. Группа исследуемых пациентов была разделена на 12 подгрупп в зависимости от глубины опухолевого процесса. Минимальная глубина инвазии опухоли составила менее или равно 1 мм, максимальная 20 мм. Представленные группы пациентов были разделены по факту наличия поражения слоев дермы или их отсутствия, выполнена оценка негативных факторов прогноза в виде сосудистой и перинеуральной инвазии. Также пациенты были разделены на группы по наличию или отсутствию стажа курения.

Результаты и их обсуждение. Проведены анализ и сравнительная характеристика двух групп пациентов: безрецидивного течения БКРК и рецидивного течения БКРК — в зависимости от перечисленных критериев.

При анализе групп по возрасту пациентов, который варьировался от 38 до 80 лет, медианное значение в группе безрецидивного течения составило 73 (67; 86) года, в группе рецидивного течения — 69 (62; 76) лет. Группы значительно различались по возрасту ($U=198,5$, $p=0,027$).

Выполнена оценка распределения рецидивов по локализациям первичного очага базальноклеточного рака кожи. Значимо связана с развитием рецидива только локализация области

кожи носа: из 18 пациентов с данной локализацией первичного очага рецидив наблюдался у 14 (78%) пациентов, у остальных 32 пациентов с другими локализациями число рецидивов составило 11 (34%), $p=0,007$. Значимых взаимосвязей других типов локализации с рецидивом не обнаружено ($p>0,05$).

Проведен анализ распределения рецидивов в зависимости от размеров, глубины инвазии, стадии опухолевого процесса, по наличию курения пациента, по морфологическим формам БКРК, относительно прорастания ретикулярного слоя дермы, значимой взаимосвязи не обнаружено.

Заключение. Выполнен анализ дополнительных критериев прогнозирования течения и выявления ранних признаков рецидивирования базальноклеточного рака кожи. В качестве предикторов рецидива могут рассматриваться возраст пациента и локализация опухолевого процесса на коже носа. Более низкие значения показателей возраста ($p=0,046$) и локализации опухолевого процесса в области кожи носа ($p=0,003$) независимо связаны с рецидивом. Таким образом была получена формула для вычисления вероятности рецидива (P):

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(1,962 \times \text{Лок}2 - 0,010 \times \text{возраст})}} \quad (2)$$

После введения данных пациента и решения уравнения возможно определение вероятности наступления рецидива у пациента. Таким образом, с помощью метода бинарной логистической регрессии была получена математическая модель для оценки вероятности наступления рецидива на основании данных, которые возможно получить при поступлении пациента в стационар.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ

^{1,2}Е.И. Зинченко, ²Д.Л. Фатеева, ^{1,2,3}В.Г. Пищик

¹ФГБУ «Северо-Западный окружной научно-клинический центр им. Л. Г. Соколова Федерального медико-биологического агентства», Санкт-Петербург, Россия

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

³СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия

Цель. Анализ частоты встречаемости редких опухолей в группе первичных новообразований легких и улучшение результатов хирургического лечения у данных пациентов.

Материал и методы. Проведено сплошное нерандомизированное ретроспективное исследование историй болезни 587 пациентов после резекций легких по поводу первичных новообразований, выполненных с 2010 по 2023 г. одной хирургической командой в Центре торакальной хирургии «СЗОНКЦ (ранее — Клиническая больница № 122) им. Л. Г. Соколова ФМБА России».

Во всех случаях выполнялось иммуногистохимическое исследование.

Отбор пациентов и формулировка диагноза проводились согласно классификации опухолей легкого ВОЗ (2015) и принципам RARE CARE project. Редкой считалась опухоль, встречающаяся менее чем у 6 на 100 тысяч человек в год.

Результаты. После окончательного морфологического исследования из 587 были выявлены 107 (18,2%) пациентов с редкими опухолями легких.

В исследуемой группе чаще всего встречались эпителиальные опухоли (79%), чуть реже — мезенхимальные (18%) и в единичных случаях — лимфопролиферативные (3%).

По данным исследования: среди эпителиальных опухолей самая частая — атипичный карциноид (n=39; 36,6%), среди мезенхимальных — миофибробластическая опухоль (n=6; 5,6%), среди лимфопролиферативных — MALT-лимфома (n=2; 2%).

Распределение по морфологическому коду характера новообразований (ICD-O Code) выглядело следующим образом: 89% первичных опухолей были злокачественными (/3), 8% обладали неопределенным потенциалом злокачественности (/1) и 3% оказались доброкачественными (/0).

Лишь 26 (24,3%) пациентам был верифицирован точный диагноз до операции. Четыре из семи срочных интраоперационных гистологических исследований были ошибочными, что потребовало в одном случае выполнения повторной операции с расширением объема вмешательства.

Большинству пациентов (n=94; 87,9%) оперативное вмешательство было проведено из малоинвазивного видеоторакоскопического доступа (ВТС). При этом анатомические резекции легких с лимфатической диссекцией были выполнены у 87 (81,3%) пациентов. Неанатомические (атипичные) резекции легких осуществлялись по поводу карциноидных опухолей и «low grade» сарком. Все операции были выполнены в пределах здоровых тканей с морфологически подтвержденным чистым краем (R0).

Выводы. Редкие опухоли легких — неоднородная группа, сложная для диагностики на любом из этапов, имеющая общую локализацию и требующая индивидуального подхода к лечению. При анализе регистров группа редких опухолей встречается часто, однако это не всегда бывает адекватно оценено. Пункционные методы биопсии и срочное гистологическое исследование часто недостаточно эффективны для точной верификации редкой опухоли легкого. Новообразования легких со скиалогическими признаками доброкачественного процесса могут оказаться медленно-прогрессирующими опухолями с непредсказуемым поведением. В ряде случаев для группы редких опухолей достаточно проведения ВТС резекции легких в пределах здоровых тканей (R0), которая может стать не только диагностическим, но и окончательным лечебным вмешательством. При определении, по данным планового иммуногистохимического исследования, опухоли с более высоким потенциалом злокачественности возможно проведение повторной ВТС анатомической резекции с лимфатической диссекцией.

МЕНИНГИОМА GRADE 2 (ТРАНСФОРМАЦИЯ В GRADE 3) С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ И ЯИЧНИК. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

1,2М.В.Мацко, 1,2,3,4Ф.В.Мoiseenko, 3,5Е.Н.Имяитов, 6Е.А.Желбунова

¹ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) им. Н. П. Напалкова», Санкт-Петербург, Россия

²ЧОУ ВО «Санкт-Петербургский медико-социальный институт», Санкт-Петербург, Россия

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

⁴ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

⁵ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», Санкт-Петербург, Россия

⁶ЛДЦ «Медицинский институт имени Березина Сергея», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Первое упоминание об экстракраниальном метастазировании менингиомы опубликовано более 130 лет назад, в 1886 г., в те времена эту опухоль называли «фибросаркома». Особенностью этих внеозговых новообразований является особое тяготение к рецидивам и метастазированию вне зависимости от степени анаплазии. По данным литературы менингиома grade 2 метастазирует в 2%, менингиома grade 3 — в 9%. Интересным представляется и тот факт, что в 93% случаев метастазы диагностируются после удаления первичной опухоли, в 6,1% — одновременно с первичной опухолью и 0,9% — до диагностики первичной опухоли. Время между диагностикой первичной менингиомы и появлением экстракраниальных метастазов колеблется от 4,8 до 31 года. Наиболее частыми локализациями являются кости (16,5–70%), легкие (10–61%), спинномозговая локализация (15,2–30%), реже печень (7–19%).

Метод и описание случая. У пациентки 64 лет весной 2019 г. впервые случилось нарушение речи. На первом МРТ от 22.05.2019 было диагностировано внеозговое образование ВСС с матриксом на ТМО в правой лобной области. 6 июня 2019 г. проведено радикальное оперативное вмешательство по удалению образования (Simpson I). Гистологическое заключение по месту операции — менингиома grade2. В дальнейшем пациентка наблюдалась нейрохирургами с выполнением контрольных МРТ. Рецидив заболевания в месте первичной операции диагностирован спустя 2 года. 2 июля 2021 г. был проведен курс стереотаксической ЛТ 28 Гр на аппарате Gamma Knife на зону рецидива. После этого пациентка снова динамически наблюдалась. Второй безрецидивный период составил 1 год. На МРТ от 18.08.2022 г. выявлен продолженный рост в зоне операции и появление нового образования в левой лобной области с матриксом на ТМО. 6 сентября 2022 г. проведена повторная операция (Simpson I по выписке). Гистологическое заключение по месту операции — менингиома grade2.

Через 3 месяца после повторной операции (декабрь 2022 г.) появились боли в правом подреберье. По данным КТ органов брюшной полости с контрастным усилением (21.01.2023 г.), диагностированы множественные гиповаскулярные образования печени, а на МРТ с контрастом малого таза от 27.01.2023 г. выявлено новообразование левого яичника. 16 марта 2023 г. выполнена лапаротомия, удаление очагов в печени (анатомическая резекция 2–3 сегментов печени, атипичная резекция 5–6 сегментов печени) и двусторонняя аднексэктомия. За время восстановления после лапаротомической операции по результатам МРТ ГМ от 5 мая 2023 г. диагностирован продолженный рост в прежних зонах оперативного вмешательства с появлением нового образования (третий безрецидивный период — 8 мес).

На данном этапе пациентка попала в Онкоцентр им. Н. П. Напалкова. Проведен одномоментный пересмотр гистологических препаратов от всех операций в одной лаборатории с выполнением сравнительного иммуногистохимического исследования для определения степени анаплазии менингиомы и биологической природы очагов в печени и яичнике. Таким образом, установлено, в материале от первой операции — менингиома grade2, в материале от второй операции — менингиома grade3 (ИГХ: ЕМА+ в опухолевых клетках, прогестероновые рецепторы+, GFAP-, S100-, Ki — 67–35%; 4 митоза на 10 полей зрения). Образование в печени — участки менинготелиоматозного и светлоклеточного строения. Зоны некроза, 8 митозов на 10 полей зрения большого увеличения — mts менингиомы grade3 в печень (ИГХ: ЕМА+ в опухолевых клетках, прогестероновые рецепторы+, SSTR2+ в 90% клеток, SSTR5+

в 60%, Ki – 67–45%, GFAP-, S100-, PCK-). Образование в яичнике – mts менингиомы grade3 в левый яичник (ИГХ: EMA+ в опухолевых клетках, прогестероновые рецепторы+, SSTR2+ в 10% клеток, Ki – 67–42%, STAT6, PAX8 (исключены солитарная фиброзная опухоль и первичная опухоль яичника). Дополнительно пациентке было выполнено сравнительное секвенирование (NextSeq 550, Illumina, USA) опухолевого материала от всех операций, включая метастазы в печень и яичник. В опухолевых образцах с диагнозами «менингиома grade2», «менингиома grade3», а также «mts менингиомы grade3 в печень» – клинически значимых соматических мутаций обнаружено не было, как и наследственных синдромов, а в материале с «mts менингиомы grade3 в яичник» обнаружена соматическая мутация FOXL2 C143W, патогномническая для гранулезоклеточных опухолей яичника взрослого типа. При этом результаты проведенного ранее ИГХ-исследования позволили исключить первичную опухоль яичников.

С учетом отсутствия стандартов лечения таких пациентов ввиду редкости случая, опираясь на рекомендации NCCN Guidelines (version 1.2023) по лечению рецидивирующих менингиом и данные литературы, с 16.05.2023 г. по настоящее время пациентка получает двойную таргетную терапию по схеме бевацизумаб+эверолимус (13 циклов на данный момент). Лечение в декабре 2023 г. осложнилось развитием лекарственно-индуцированного пневмонита, который был благополучно купирован назначением ГКС с продолжением терапии.

Результаты. По данным сравнительных МРТ на фоне терапии наблюдается стабилизация заболевания с некоторым увеличением одного из очагов, при этом отмечается их кистозная трансформация, что расценивается как положительный ответ на лечение. По результатам ПЭТ с метионином от 27.04.2024 г. (ИМЧ) отмечено снижение метаболической активности – ИН РФП 1,26 (был 1,63); 1,90 (был 2,11); 1,1. По данным контрольных МРТ брюшной полости (12.07.2024 г.) и малого таза (14.07.2024 г.) – данных, свидетельствующих о рецидиве, нет. Безрецидивная продолжительность жизни (на фоне терапии по схеме бевацизумаб+эверолимус) на данный момент составляет более 15 месяцев, а общая продолжительность жизни превышает 5 лет.

Заключение. Риски возникновения экстракраниальных метастазов менингиом значительно повышаются с увеличением числа операций, а также если опухоль удаляется не единым блоком с матриксом ТМО, а с разрушением ее целостности. В таком случае опухолевые клетки, попадая в кровеносное русло и лимфатические сосуды, могут распространиться в другие органы и ткани. Лечение пациентов с таким распространенным процессом, при отсутствии стандартов терапии, является непростой задачей и требует постоянного контроля. Достигнутый промежуточный эффект в виде безрецидивного периода более 15 месяцев со снижением метаболической активности опухоли по данным ПЭТ-КТ считаем хорошим результатом для рецидивирующих менингиом grade3 с экстракраниальным распространением. Случай не окончен.

КЛЕТОЧНЫЕ МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ – НОВЫЕ ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ГЛИОМАМИ

¹С.С.Скляр, ^{1,2,3}А.Ю.Улитин, ^{4,5}М.В.Мацко, ⁶Е.Ю.Зорина, ⁶А.М.Конова, ²А.К.Бакнина,

¹В.Е.Олюшин

¹Российский нейрохирургический институт им. проф. А. Л. Поленова – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

²Институт медицинского образования – ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

³ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

⁴ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) им. Н. П. Напалкова», пос. Песочный, Санкт-Петербург, Россия

⁵ЧОУ ВО «Санкт-Петербургский медико-социальный институт», Санкт-Петербург, Россия

⁶ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. В современной медицинской литературе возрастает число публикаций, подчеркивающих значение иммунной системы и воспаления в течении и прогнозе онкологических заболеваний. Активное изучение особенностей функционирования иммунной системы при глиобластомах началось относительно недавно. Прогностическая роль показателей системного клеточного воспаления при данных опухолях до конца не определена.

Цель исследования. Изучение прогностического значения клеточных маркеров воспаления для пациентов с глиобластомой.

Материал и методы. В исследование было включено 89 пациентов с первичной глиобластомой супратенториальной локализации (50 мужчин и 39 женщин) в возрасте старше 18 лет. В каждом случае оценивались уровень нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов, клеточных маркеров воспаления в периферической крови до операции, учитывалось проведение симптоматического лечения глюкокортикостероидами. Клинический анализ крови выполнялся на анализаторе Sysmex XN-550 с использованием реактивов и контрольных материалов Sysmex (Япония). Индексы воспаления NLR (отношение нейтрофилов к лимфоцитам), LMR (отношение лимфоцитов к моноцитам), PLR (отношение тромбоцитов к лимфоцитам) рассчитывались как отношение абсолютных показателей нейтрофилов к лимфоцитам, лимфоцитов к моноцитам и тромбоцитов к лимфоцитам. Разделение на низкие и высокие уровни клеточных маркеров воспаления основывалось на данных научной литературы и определялось поисково-эмпирическим путем. Гистологический диагноз устанавливался в соответствии с классификацией опухолей ЦНС ВОЗ 2021 года. В каждом случае выполнялись иммуногистохимический анализ с использованием антител GFAP (poly, DakoCytomation), Ki-67 (MIB-1, DakoCytomation), Syn (27G12, DakoCytomation), NB (NB84A, Leica). Определение мутаций в генах *IDH1* (экзон 4) и *IDH2* (экзон 4) выполнялось при помощи анализа кривых плавления ПЦР-продуктов с высоким разрешением (HRMA – HighResolutionMeltingAnalysis) с последующим секвенированием ДНК. Все пациенты после проведения нейрохирургического этапа лечения начали получать стандартное специфическое противоопухолевое лечение (лучевая терапия, химиотерапия темозоломидом). Из 89 пациентов у 45 (50%) развился первый рецидив заболевания. У этой группы пациентов изучено влияние клеточных маркеров воспаления на медиану первого безрецидивного периода.

Результаты. В результате подгруппового анализа у пациентов, получавших терапию дексаметазоном, обнаружено значимое увеличение абсолютного количества нейтрофилов ($p < 0,0001$), моноцитов ($p = 0,014$), а также NLR ($p < 0,0001$) по сравнению с пациентами без гормональной терапии. Абсолютный уровень лимфоцитов, тромбоцитов, LMR и PLR значимо не отличались в группах в зависимости от терапии дексаметазоном ($p > 0,05$). Медиана первого безрецидивного периода со статистической достоверностью была выше у пациентов с уровнем нейтрофилов менее $5,9 \times 10^9 / \text{л}$ ($p = 0,029$; 48 vs 28 нед), тромбоцитов менее $250 \times 10^9 / \text{л}$ ($p = 0,032$; 45,5 vs 31 нед), при LMR более 4 ($p = 0,05$; 47 vs 30,5 нед) и PLR менее 150 ($p = 0,002$; 41 vs 21,5 нед). С тенденцией к статической значимости риск раннего рецидива оказался выше у пациентов с NLR 3 и более ($p = 0,07$; 36 vs 22 нед).

Заключение. Согласно полученным результатам, низкий LMR и высокий PLR являются маркерами прогноза раннего рецидива заболевания. Учитывая, что уровни нейтрофилов и NLR напрямую коррелировали с назначением пациентам глюкокортикостероидов, достоверно использовать данные показатели для оценки прогноза заболевания не представляется возможным.

ЭНДОКРИННАЯ ТОКСИЧНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ ИММУННЫХ КОНТРОЛЬНЫХ ТОЧЕК В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

С.З.Сафина, Г.К.Мухамедьярова, В.В.Димитриева

ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер им. профессора М.З.Сигала» Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия

Введение. Изобретение нового класса препаратов — ингибиторов иммунных контрольных точек (ИКТ) — значительно изменило подход к лечению рака по всему миру. Исследования показали, что это лечение повышает выживаемость пациентов, чувствительных к данным препаратам, по сравнению с цитостатической терапией. Ингибиторы контрольных точек регулируют иммунный ответ на злокачественные клетки, блокируя обычные тормозные пути регуляции Т-клеток. Мишенями ингибиторов являются рецепторы CTLA-4 и PD-1/PD-L1.

Однако применение ИКТ сопровождается иммуноопосредованными побочными эффектами, связанными с активацией иммунной системы, которые встречаются у приблизительно 10% пациентов.

Цель исследования заключается в оценке частоты развития таких побочных действий на щитовидную железу у пациентов с различными злокачественными опухолями, получающих ИКТ в первой и последующих линиях терапии.

Методы. Для проведения исследования использовались анамнестические, лабораторные и инструментальные методы. Лабораторный анализ включал измерение уровней различных гормонов в крови. Данные анализировали с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты исследования показали, что частота развития иммуноопосредованного тиреоидита в нашем наблюдении составила 29%. Дебют нарушений щитовидной железы диагностировался в течение первых 12–16 недель терапии. Нарушения начинались с развития гипертиреоза на фоне деструкции щитовидной железы, затем, через 1–3 месяца, переходили в стойкий гипотиреоз.

Заключение. Результаты исследования показали, что безопасность ИКТ у пациентов не отличается от таковой в мировой практике. Частота и спектр нежелательных реакций не зависели от локализации опухоли. Ранняя диагностика поражений щитовидной железы с помощью лабораторного анализа необходима для оптимального и эффективного лечения. Знание сроков развития побочных эффектов помогает своевременно диагностировать и корректировать осложнения и продолжать эффективную терапию.

Приводим собственное наблюдение.

Клинический случай. Пациент А., 1951 г.р. На момент постановки диагноза 68 лет. Ds: Са левого легкого T3N2M0 (27.03.2019). Ранее лечение не получал. Первым этапом начата химиоиммуноterapia: паклитаксел + карбоплатин + пембролизумаб. К началу 9-го курса иммунотерапии пациент отмечал одышку (ранее не беспокоило). По данным обследования (рентгеновская компьютерная томография) выявлен перикардит и повышение уровня ТТГ: 31,4 мМЕ/мл. По поводу аутоиммунного тиреоидита, гипотиреоза манифестного с перикардитом назначена заместительная гормональная терапия (ЗГТ) — левотироксин, которая проводилась 2 месяца. На фоне ЗГТ отмечалось уменьшение перикардита, снижение ТТГ до 10,8 мМЕ/м. Продолжена иммуноterapia, перерыв составил 2 месяца. После терапии, суммарно 12 месяцев, пациенту предложено оперативное вмешательство. 18.08.2020 торакотомия слева, расширенная комбинированная пульмонэктомия с резекцией перикарда, блуждающего и диафрагмального нерва. В гистологическом материале элементы опухоли не обнаружены. В настоящее время пациент жив.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДВУХ РЕЖИМОВ ВЫСОКОМОЩНОЙ БРАХИТЕРАПИИ: ОДНА ИЛИ ДВЕ ФРАКЦИИ?

Е. О. Щукина, В. А. Бирюков, Н. Б. Ермакова, Д. Б. Санин, О. Б. Карякин, А. Д. Каприн, С. А. Иванов

Медицинский радиологический научный центр им. А. Ф. Цыба — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, Обнинск, Россия

Цель. Сравнить эффективность и безопасность высокомощной брахитерапии (ВМ-БТ) в различных режимах с использованием Ir-192 в лечении локализованного рака предстательной железы.

Материалы и методы. В исследовании представлен обзор результатов лечения пациентов с локализованным раком предстательной железы групп низкого и промежуточного риска прогрессирования, которые проходили лечение в МРНЦ им. А. Ф. Цыба с апреля 2016 по декабрь 2019 г. ВМ-БТ проводилась в двух режимах фракционирования: 19 Гр за 1 фракцию или 15 Гр за 2 фракции с интервалом в две недели. Количество пациентов в группе 2×15 Гр составило 146, в группе 1×19 Гр — 130. Характеристики пациентов представлены в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Характеристика пациентов

Характеристика	15×2 (n=146)	19 (n=130)	p
Средний возраст, лет	65,68±6,99 (95% ДИ: 64,54–66,83)	66,78±6,06 (95% ДИ: 65,73–67,83)	0,169
Средний инициальный ПСА, нг/мл	7,0 (5,48–8,55)	7,15 (5,7–9,1)	0,416
Средний объем предстательной железы, см ³	43,0 (32,0–52,0)	39,5 (31,0–49,0)	0,314
Qмакс, мл/с	18,0 (15,0–23,0)	17,55 (13,0–21,0)	0,273
Средний балл IPSS перед лечением	4,0 (3,0–8,5)	4,0 (3,0–6,0)	0,743
Средний балл IPSS после лечения	5,0 (3,0–7,0)	5,0 (4,0–5,0)	0,766
Средний балл МИЭФ-5 после лечения	11,0 (5,0–18,0)	11,0 (5,0–16,0)	0,195
Среднее время наблюдения, лет	55,0 (49,5–65,0)	65,0 (60,0–70,0)	<0,001
Время до биохимического рецидива	42,86±19,83 (95% ДИ: 24,52–61,19)	39,24±20,47 (95% ДИ: 30,79–47,69)	0,680

Таблица 2

Характеристика пациентов

Признак	15×2 (n=146)	19 (n=130)	p
Категория T			
T1c (121 — 44,5%)	57 (39,0%)	64 (50,8%)	0,067
T2a (107 — 39,3%)	58 (39,8%)	49 (38,9%)	
T2b (15 — 5,5%)	11 (7,5%)	4 (3,2%)	
T2c (29 — 10,7%)	20 (13,7%)	9 (7,1%)	
Индекс Глисона/Градирующая группа ISUP			
6 (3+3)/1 (230 — 85,2%)	118 (80,8%)	112 (90,3%)	0,094
7 (3+4)/2 (34 — 12,6%)	24 (16,4%)	10 (8,1%)	
7 (4+3)/3 (6 — 2,2%)	4 (2,8%)	2 (1,6%)	

ВМ-БТ проводилась с использованием источника Ir-192 под спинномозговой анестезией. Наблюдение после лечения включало в себя ТРУЗИ предстательной железы, регистрацию осложнений, измерение уровня ПСА в сыворотке крови, осмотр онколога. Пациентам с биохимическим рецидивом (надир + 2 нг/мл) или клиническим подозрением на рецидив проводилась мпМРТ органов малого таза и ПЭТ-КТ с ПСМА. Все выявленные локальные рецидивы были верифицированы гистологически после проведенной диагностической пункции предстательной железы.

Результаты. Биохимический рецидив был зафиксирован у 32 пациентов: у 5 пациентов в группе 15 Гр × 2 и у 27 пациентов в группе 19 Гр × 1. Зависимость риска рецидива от режима ВМ-БТ была статистически значимой (p<0,001). Анализ, проведенный с использованием метода Каплана–Мейера, показал, что среднее время рецидива среди пациентов, получавших 2 фракции ВМ-БТ, составило 88,25±1,77 месяца (95% ДИ: 84,78–91,72), среди пациентов, полу-

чавших одну фракцию ВМ-БТ — $67,45 \pm 1,98$ (95% ДИ: 63,58–71,32). Медиана не была достигнута в обеих группах пациентов. При применении высокомоментной брахитерапии в монорежиме у пациентов с РПЖ в режиме 19 Гр за одну фракцию была достигнута безрецидивная выживаемость 62,55%, а в режиме 15 Гр за две фракции — 89,73% ($p=0,001$).

Выводы. Таким образом, ВМ-БТ в монорежиме, проводимая в виде двух фракций по 15 Гр, обеспечивает более высокий контроль над заболеванием, чем проведение лечения за 1 фракцию 19 Гр. Данный вид лечения демонстрирует более низкие показатели безрецидивной выживаемости и в настоящее время в нашем центре не используется.

Распространяется бесплатно.

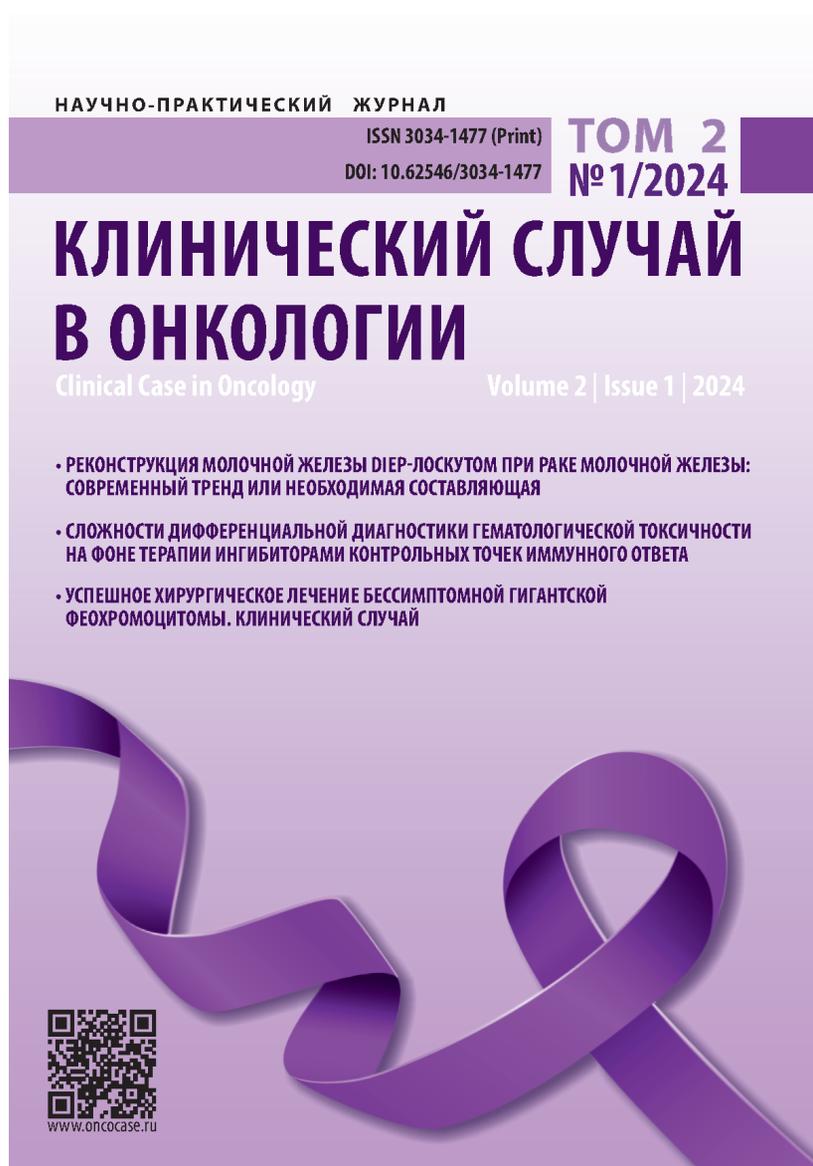
Журнал предназначен для врачей всех специальностей, среднего медперсонала, ординаторов, студентов, аспирантов.

Редакция не несет ответственности за достоверность информации, содержащейся в рекламных материалах.

Выходит 4 раза в год.

При перепечатке материалов цитирование журнала обязательно.

Редакция журнала «Клинический случай в онкологии»
(рег. № серия ПИ № ФС 77-85986 от 26.09.2023 г.)
приглашает к сотрудничеству авторов



В журнал принимаются следующие категории статей:

- клинические случаи с обязательным включением теоретической части;
- оригинальные статьи;
- обзоры;
- лекции;
- экспертные мнения;
- краткие сообщения.

Все поступившие в редакцию материалы проходят двойное слепое рецензирование.

Контакты:

e-mail: clinicaloncologycase@mail.ru
e-mail: clinicaloncologycase@gmail.ru
тел: +7 (921) 741-45-54
+7 (911) 986-63-60
+7 (921) 332-57-90



