



ПЕРВЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ
Ф О Р У М

**ИННОВАЦИОННАЯ
ОНКОЛОГИЯ**

4-5 сентября 2020, Москва

НАУЧНЫЕ ТЕЗИСЫ



ОГЛАВЛЕНИЕ

Анализ причин запущенности у больных с диагнозом рак молочной железы в Самарской области

Ткачев М.В.

5

Анализ результатов применения технологии биопсии сторожевого лимфатического узла радиоизотопным методом в АУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Чувашии

Агафонкин С.А., Поляков В.А., Герасимов П.Ф., Федорова Н.В.

5

Использование сопроводительной терапии препаратами из лекарственных растений для повышения качества жизни пациенток с местно-распространёнными формами рака шейки матки

Корепанов С.В.

6

Комбинированная малоинвазивная технология коррекции недостаточности прямокишечных анастомозов после онкологических колоректальных резекций

Толочик В.В.¹, Воронцов О.Ф.^{1,2}, К. Грэб¹, Михин И.В.²

7

Масторедукции на противоположной железе у больных с диагнозом рак молочной железы

Каганов О.И., Ткачев М.В.

8

Новый способ первичной одноэтапной реконструкции у больных с диагнозом рак молочной железы методом липофилинга

Каганов О.И., Ткачев М.В.

8

Новый способ первичной одноэтапной реконструкции у больных с диагнозом рак молочной железы методом липофилинга

Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В.

9

Определение уровня цитокинов крови при онкологических заболеваниях

Малкова А.М., Орлова Р.В., Шаройко В.В.

10

Опыт использования чрескожно-чреспеченочного дренирования при несостоятельности билиодигестивного анастомоза после резекций поджелудочной железы

O.Vorontsov, N. Kortess, V.Tolochyk, C.Graeb, B.Radeleff

10



Применение гипербарической оксигенации после радикальной мастэктомии

Каганов О.И., Ткачев М.В.

11

Применение иттербиевых комплексов порфиринов в ранней прижизненной диагностике меланоцитарных новообразований кожи. Внедрение метода в повседневную клиническую практику

Свист П.Г.

12

Применение методов локальной термодеструкции в лечении метастазов колоректального рака в печень

Ионкин Д.А., Олифир А.А., Жаворонкова О.И., Степанова Ю.А., Карельская Н.А., Чжао А.В.

12

Результаты реконструктивно-пластических операций у больных с диагнозом рак молочной железы

Ткачев М.В.

13

Реконструктивно - пластические операции у больных раком молочной железы в условиях онкологического стационара

Каганов О.И., Ткачев М.В.

14

Саркопения и саркопеническое ожирение при распространенных формах опухолей панкреатобилиарной зоны

Лядов В.К.¹, Дикова Т.С.², Зацепина А.Ю.³

15

Современная дифференцированная хирургическая тактика лечения больных с диагнозом первично операбельный рак молочной железы

Ткачев М.В.

15

Способ выбора метода органосохраняющей операции по данным мультиспиральной компьютерной томографии

Филимонова Е.С.

16

Сравнительная оценка эффективности лапаро-торакоскопической операции типа Льюиса при раке пищевода

Аллахвердян А.С.

17

Сравнительная оценка эффективности торакоскопических пневмонэктомий при раке легкого

Аллахвердян А.С.

17



Факторы развития лимфедемы у больных с диагнозом РМЖ после хирургического лечения

Каганов О.И., Ткачев М.В.

18

Циторедуктивные операции и гипертермическая интраабдоминальная химиотерапия в лечении пациентов с перитонеальным карциномозом

О. Vorontsov, V. Tolochyk, J. Nikl, C. Graeb

19

Цифровые технологии для повышения эффективности профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований (ЗНО) в условиях пандемии COVID 19

Лазарев А.Ф.^{1,2}, Покорняк В.П.³, Марчков В.А.³, Петрова В.Д.²

19

Эпидемиологические особенности рака молочной железы в Краснодарском крае

Исаенко М.С., Степанова Л.Л., Тесленко Л.Г.

20

Эпидемиология HER2-позитивных злокачественных опухолей молочной железы в Чувашской Республике

Агафонкин С.А., Федорова Н.В.

21



Анализ причин запущенности у больных с диагнозом рак молочной железы в Самарской области

Ткачев М.В.

ГБУЗ Самарский областной клинический
онкологический диспансер
Россия, Самара

Актуальность

Несмотря на устойчивую тенденцию в Самарском регионе к снижению запущенности рака молочной железы, мероприятия направленные на анализ причин запущенности и разработка мероприятий по снижению данного показателя остаются по-прежнему актуальными.

Цель работы

определить перспективы медицинских мероприятий, направленных на снижение запущенности рака молочной железы.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 105 больных с диагнозом рак молочной железы 3 стадии, проходивших лечение в ГБУЗ СОКОД в период 2017 по 2018 годы. Из 105 больных опухоль категории T4NxMO диагностирована у 37 (35,24%) женщин, в том числе отечно-инфильтративная форма рака у 30 (28,57%). Рак молочной железы T1N1-3MO был диагностирован у 16 пациентов (15,24%). Количество больных со стадиями T2-3N1-3MO - 52 (49,52%).

Результаты

Анализируя причины запущенности, удалось установить основные из них: несвоевременная диагностика запущенного рака у 8 больных в 7,62% случаев, скрытое (агрессивное) течение болезни - 58 (55,24%), прочие причины (отказ от лечения 5 (4,76%), самолечение 7 (6,67%), несвоевременное обращение 27 (25,71%).

Заключение/выводы

Основываясь на результатах исследования, можно предположить, что данный показатель можно уменьшить путем увеличения числа маммографических исследований и проведением санитарно-просветительских мероприятий.

Анализ результатов применения технологии биопсии сторожевого лимфатического узла радиоизотопным методом в АУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Чувашии

Агафонкин С.А., Поляков В.А.,
Герасимов П.Ф., Федорова Н.В.

АУ «Республиканский клинический
онкологический диспансер» Минздрава Чувашии,
ФГБОУ ВО «Чувашский государственный
университет им. И.Н. Ульянова»
Россия, Чебоксары

Актуальность

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения Чувашской Республики рак молочной железы занимает первое место (20,1%). В последние годы на базе онкодиспансера при раннем раке молочной железы успешно используется методика биопсии сторожевого лимфатического узла, позволяющая минимизировать объем аксиллярной лимфодиссекции и значительно снизить риск ранних и поздних послеоперационных осложнений, встречающихся после выполнения радикальных операций, что определяет высокую актуальность внедрения данной технологии в рутинную клиническую практику.

Цель работы

Провести оценку эффективности технологии биопсии сторожевого лимфатического узла с использованием лимфотропных радиофармпрепаратов в АУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Чувашии за 2018-2020г.

Материалы и методы:

На базе республиканского онкологического диспансера Чувашской Республики 140 пациенткам выполнено хирургическое вмешательство по поводу рака молочной железы с клинической стадией T1-2NOMO с использованием технологии биопсии сторожевого лимфатического узла радиоизотопным методом.

Определение сторожевого лимфатического узла выполнялось с использованием радиофармпрепаратов- Технефит (63 пациентки)



и Нанотоп (77). Визуализация сигнального лимфоузла осуществлялась методом обзорной сцинтиграфии с использованием однофотонной эмиссионной компьютерной томографии. Во время операции поиск сторожевого лимфатического узла осуществлялся с помощью портативного гамма-детектора.

При лимфосцинтиграфии и интраоперационно оценивалось количество обнаруженных сторожевых лимфатических узлов с последующим плановым гистологическим исследованием. При обнаружении метастазов в сторожевые лимфоузлы выполнялась аксиллярная лимфодиссекция. При отсутствии сторожевых лимфоузлов и выявлении лимфоузлов с клиническими признаками метастатического поражения проводилась подмышечная лимфаденэктомия.

Результаты

Лимфатические узлы, накапливающие радиофармпрепарат, найдены у 133 (95%) пациенток: у 57 (90,5%) с использованием Технефита и 76 (98,7%) - Нанотопа. При лимфосцинтиграфии определялось от 1 до 8 лимфатических узлов, среднее количество – 3. Во время операции было выявлено от 1 до 13 лимфатических узлов, накапливающих радиофармпрепарат. Среднее количество сторожевых лимфатических узлов, обнаруженных во время операции с применением Технефита составило 2,2, а с использованием Нанотопа – 5,3. У 11 (17,5%) (Технефит) и 9 (11,7%) (Нанотоп) пациенток диагностировано метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов и выполнена аксиллярная лимфаденэктомия, после которой у 4 (36,4%) (Технефит) и 3 (33,3%) (Нанотоп) пациенток выявлено метастатическое поражение несторожевых лимфоузлов.

Заключение/выводы

Применение технологии биопсии сторожевого лимфатического узла с использованием различных методов визуализации лимфоузлов продемонстрировало высокую эффективность обнаружения сторожевого лимфатического узла и в диагностике метастазов в регионарные лимфатические узлы при раке молочной железы, что позволяет эффективно использовать данную методику в рутинной клинической практике.

Использование сопроводительной терапии препаратами из лекарственных растений для повышения качества жизни пациенток с местно-распространёнными формами рака шейки матки

Корепанов С.В.

Российская Федерация, Барнаул

Актуальность

В настоящее время тенденции снижения заболеваемости и смертности от рака шейки матки (РШМ) не наблюдаются. Обращает на себя внимание высокий удельный вес случаев РШМ в запущенных стадиях процесса, основным методом специального лечения которых служит химио-лучевая терапия. Комбинированное лечение местно-распространённых форм РШМ часто сопровождается постлучевыми повреждениями, трудно поддающихся коррекции и значительно ухудшающих качество жизни пациенток. Многообразие полезных свойств в сочетании с низкой токсичностью и хорошей переносимостью позволяет использовать препараты из лекарственных растений (ЛР) в качестве сопроводительной терапии в онкологии на всех этапах специального лечения и реабилитации.

Цель работы

Разработка метода сопроводительной терапии местно-распространённого рака шейки матки (РШМ) с использованием препаратов из лекарственных растений для повышения качества жизни после химио-лучевого лечения.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе отделения радиологии Алтайского краевого онкологического диспансера (2006-2014 гг.) В него вошли 752 пациентки 24-64 лет с морфологически подтвержденным диагнозом местно-распространённого РШМ. Основная группа: 350 и группа сравнения – 402 женщины. Все пациентки получали лучевую терапию по стандартным методикам. Основная группа получала дополнительно сопроводительную терапию препаратами из ЛР по оригинальной методике и разработанному нами алгоритму (Патент №2322999). ЛР – продукция фармацевтического завода «Гален».



Показатели субъективного и объективного статуса по стандартным показателям в динамике. Расчёты производили согласно современным методам медицинской статистике.

Результаты

Анализ оценки субъективного статуса по разработанному нами опроснику и шкале Карновского показал статистически значимые позитивные результаты в основной группе пациенток. Удельный вес постлучевых осложнений в данной группе после лечения был также статистически значимо ниже, чем в группе сравнения: в частности, эрозивные ректиты: $4,0 \pm (5,1-2,9)\%$ против $15,0 \pm (16,8-13,2)\%$ ($p=0,001$). Показатели иммунного статуса были более сбалансированы в основной группе. Выживаемость пациенток, получающих сопроводительную терапию, была выше, чем в группе без данного лечения, в частности:

пережили 3 года $85,5 \pm (94,2-76,8)\%$ против $79,1 \pm (88,1-70,1)\%$ ($p=0,01$).

Заключение/выводы

Субъективные и объективные показатели качества жизни у пациенток с местно-распространёнными формами РШМ, получавших сопроводительную терапию препаратами из лекарственных растений, значимо выше, чем в группе без данного лечения.

Комбинированная малоинвазивная технология коррекции недостаточности прямокишечных анастомозов после онкологических колоректальных резекций

Толочик В.В.¹, Воронцов О.Ф.^{1,2}, К. Грэб¹,
Михин И.В.²

Сана Клиникум Хоф, Германия, Хоф¹,
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России,
Россия, Волгоград

Актуальность

Несостоятельность анастомозов после операций на прямой кишке у пациентов со злокачественными новообразованиями является одним из самых грозных хирургических осложнений, приводящей к росту летальности пациентов в ближайшем послеоперационном периоде и ухудшению прогноза больных.

Цель работы

Оценка возможностей малоинвазивных методов лечения несостоятельности прямокишечных анастомозов, позволяющих избежать повторных оперативных ревизий, что является тяжелой нагрузкой для пациентов и технически сложной задачей для хирурга.

Материалы и методы

С 2012г. по 2019г. в клинике общей, онкологической и торакальной хирургии больницы города Хоф была выполнена 581 онкологическая резекция ободочной и прямой кишки с формированием первичного прямокишечного анастомоза циркулярно-сшивающим аппаратом. Анастомозы были выполнены на высоте 6 см от сфинктера и выше, не требовали протективной илеостомы. У 25 пациентов (4,3%) развилась недостаточность анастомоза, что потребовало инвазивного лечения.

Результаты

Пациенты были поделены на 2 группы. У 14(2,4%) пациентов группы А, где ведущим в клинической картине был диффузный перитонит, мы провели лапароскопическую или открытую ревизию брюшной полости. У 4(0,69%) пациентов этой группы с разлитым каловым перитонитом и обширным некрозом анастомоза была выполнена операция Гартмана. У 10(1,72%) с фибринозно-гнойным перитонитом малого таза операция ограничилась лапароскопической санацией с выведением илеостомы, а также трансректальной установкой эндовакуумной губки в полость дефекта анастомоза. Иной подход мы применили у 11(1,89%) больных группы Б без признаков перитонита. У 7(1,2%) группы Б, у которых дефект не превышал 1/3 окружности анастомоза, мы установили в зоне несостоятельности анастомоза эндовакуумную губку и одновременно лапароскопически выводили илеостому. У 4(0,69%) пациентов, у которых размер дефекта не превышал 10 мм и края его не были отёчны и воспалены, был установлен дренаж в полость пресакрального абсцесса под контролем КТ, а дефект анастомоза закрывался с помощью OTSC клипа. Дальнейшее лечение заключалось в регулярном промывании дренажа и эндоскопическом контроле анастомоза. После уменьшения размеров дефекта и отрицательного микробиологического посева, дренаж удалялся и пациент выписывался для амбулаторного контроля.



Стационарное лечение с регулярной сменой эндовакуумной системы составило в среднем 19 ± 1 суток. Закрытие илеостомы выполнялось через 6 недель.

Заключение/Выводы

Эффективным способом лечения недостаточности прямокишечных анастомозов является малоинвазивная комбинированная технология, требующая от хирургов дифференцированного подхода, основанного на клинической и инструментальной диагностике, большого опыта в проведении эндоскопических вмешательств и тесного взаимодействия со смежными специалистами.

Масторедукции на противоположной железе у больных с диагнозом рак молочной железы

Каганов О.И., Ткачев М.В.

ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер, Россия, Самара

Актуальность

Современные представления о повышении качества жизни больных с заболеваниями молочных желез заставляют оценивать результаты лечения с точки зрения комплексного подхода, включающего в себя не только позиции онкологии, эстетики и психологической полноценности, но и ортопедические показатели отдаленных результатов. Под термином «гигантомастия» в современной классификации следует понимать увеличение объема груди до 1500 см³ и выше.

Цель работы

Доказать необходимость планирования хирургического лечения у больных с гигантомастией в объеме радикальной мастэктомии (РМЭ) и первичной масторедукции с противоположной стороны.

Материалы и методы

С 2019 г. в отделении общей онкологии ГУЗ СОКОД выполнена 21 масторедукция у больных с гигантомастией, которым была проведена РМЭ с противоположной стороны. У 11 женщин была первичная масторедукция, у 10 - отсроченная. Послеоперационные осложнения в виде воспаления послеоперационной раны возникли у одной пациентки, еще у одной пациентки диагностирована гематома.

Согласно исследованиям травматолога - ортопедической службы Самарской области, у женщин с гигантомастией после радикальной мастэктомии в 90% случаев в течение первого года после операции развивается компенсаторная кифотическая, сколиотическая осанка или их комбинация.

Результаты

При планировании типа масторедукции учитывали росто-весовые показатели, индекс массы тела, возраст, индивидуальные антропометрические данные молочных желез. У пациентов, которым масторедукция была произведена в отсроченном периоде через 1,5-3 года после мастэктомии, отмечали следующие осложнения: у 9 пациенток сформировались спинно-мозговые грыжи и кифосколиотическая осанка. Выполняя первичную масторедукцию, мы придерживались следующих положений: операция выполняется в один этап, без коррегирующих вмешательств; сосково-ареолярный комплекс перемещается в более высокое положение; грудь должна иметь естественный вид, сохраняются соски с ареолами, при необходимости их диаметр уменьшается. Первичная масторедукция выполнялась со следующими вариантами питающих локусов: верхне-нижний, верхне-боковой, нижний и боковой (наружный и внутренний).

Заключение/выводы

Первичную масторедукцию у больных с гигантомастией, перенесших радикальную мастэктомию с противоположной стороны, необходимо включить в стандарты планирования объема хирургического лечения.

Новый способ первичной одноэтапной реконструкции у больных с диагнозом рак молочной железы методом липофилинга

Каганов О.И., Ткачев М.В.

ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер
Россия, Самара

Актуальность

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, рост заболеваемости РМЖ является актуальной медико-социальной проблемой современной онкологии, так как поражают трудоспособное население и занимают одно из первых мест по причинам



смерти от злокачественных новообразований у женщин. РМЖ являются причиной инвалидизации, обусловленной отсутствием молочной железы или наличием послеоперационных дефектов.

Цель работы

Оценить результаты применения липофилинга у больных с диагнозом РМЖ при первичной реконструкции.

Материалы и методы

Проведено спланированное проспективное исследование результатов лечения 75 больных с диагнозом РМЖ в условиях Самарского областного клинического онкологического диспансера в период с 2017 по 2018 годы. Данным пациентам проводилась подкожная мастэктомия новым способом одноэтапной реконструкции, который осуществлялся следующим образом. Первым этапом производили забор жировой ткани из донорских зон пациента. Затем через дугообразный разрез длиной до 40 мм по нижнему контуру соскового-ареолярного комплекса выполняли кожесохраняющую мастэктомию с послойным ушиванием раны.

Следующим этапом через отдельный подмышечный доступ производили регионарную лимфодиссекцию с установкой активного дренажа и ушиванием раны. Через разрез кожи до 1,5 мм по субмаммарной складке с введением через специальную канюлю для липофилинга 0,9% раствора натрия хлорида объемом до 150 мл осуществляли проверку на герметичность образованной полости. Измеряли объем удаленной ткани молочной железы. Следующим этапом через канюлю вводили жировую ткань на 30% больше по объему удаленной ткани молочной железы. В послеоперационном периоде в течение 5 следующих дней пациента подвергали гипербарической оксигенации при давлении 1,3 атмосфер по 30 мин ежедневно.

Результаты

Среднее время операции в контрольной группе составило 95 ± 15 мин. Интраоперационная кровопотеря достигала 100 мл. Продолжительность послеоперационной лимфореи – $14,6 \pm 3,5$ дней. Послеоперационный койко-день составил $15,1 \pm 3,7$. Послеоперационных осложнений в группе исследования не зафиксировано. Получен патент РФ на изобретение №2654583 от 31.08.2018 года.

Заключение/выводы

Применение нового способа одноэтапной реконструкции позволяет добиться хороших эстетических результатов, что дает возможность улучшить качество жизни у больных с диагнозом РМЖ.

Новый способ первичной одноэтапной реконструкции у больных с диагнозом рак молочной железы методом липофилинга

Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В.

ГБУЗ Самарский областной клинический
онкологический диспансер
Россия, Самара

Актуальность

Разработка новых способов одноэтапной реконструкции у больных с диагнозом рак молочной железы является актуальной задачей современной онкологии.

Цель работы

Оценить результаты применения липофилинга у больных с диагнозом РМЖ при первичной реконструкции.

Материалы и методы

Проведено спланированное проспективное исследование результатов лечения 15 больных с диагнозом РМЖ в условиях Самарского областного клинического онкологического диспансера в период с 2017 по 2018 годы. Данным пациентам проводилась подкожная мастэктомия новым способом одноэтапной реконструкции, который осуществлялся следующим образом. Первым этапом производили забор жировой ткани из донорских зон пациента. Затем через дугообразный разрез длиной до 40 мм по нижнему контуру соскового-ареолярного комплекса выполняли кожесохраняющую мастэктомию с послойным ушиванием раны. Следующим этапом через отдельный подмышечный доступ производили регионарную лимфодиссекцию с установкой активного дренажа и ушиванием раны. Через разрез кожи до 1,5 мм по субмаммарной складке с введением через специальную канюлю для липофилинга 0,9% раствора натрия хлорида объемом до 150 мл осуществляли проверку на герметичность образованной полости. Измеряли объем удаленной ткани молочной железы.



Следующим этапом через канюлю вводили жировую ткань на 30% больше по объему удаленной ткани молочной железы. В послеоперационном периоде в течение 5 следующих дней пациента подвергали гипербарической оксигенации при давлении 1,3 атмосфер по 30 минут ежедневно.

Результаты

Среднее время операции в контрольной группе составило 95±15 минут. Интраоперационная кровопотеря достигала 100 мл. Продолжительность послеоперационная лимфореи - 14,6±3,5 дней. Послеоперационный койко-день составил 15,1±3,7. Послеоперационных осложнений в группе исследования не зафиксировано. Получен патент РФ на изобретение № 2654583 от 31.08.2018 года.

Заключение/выводы

Применение нового способа одноэтапной реконструкции позволяет добиться хороших эстетических результатов, что дает возможность улучшить качество жизни у больных с диагнозом РМЖ.

Определение уровня цитокинов крови при онкологических заболеваниях

Малкова А.М., Орлова Р.В., Шаройко В.В.

Санкт-Петербургский университет
Россия, Санкт-Петербург

Актуальность

Микроокружение опухоли, представленное миелоидными клетками, лимфоцитами, фибробластами и эндотелиоцитами, играет одну из ключевых ролей в прогрессировании роста опухоли, ангиогенеза и метастазирования. Одним из важнейших цитокинов, индуцирующих описанные процессы, является интерлейкин-1- бета (IL-1-β), который в свою очередь индуцирует выработку IL-6, IL-8 и других факторов, участвующих в онкогенезе.

Цель работы

Изучение оригинальных исследований диагностической значимости определения интерлейкинов в сыворотке крови пациентов с солидными опухолями.

Материалы и методы

Поиск оригинальных статей проводился по ключевым словам: «цитокины, IL-1-β, IL-6, IL-8, опухоль, концентрация, сыворотка». Таким образом, были отобраны и изучены

10 оригинальных исследований, опубликованных в электронных ресурсах PubMed, Elsevier, Medline с 2001 по 2020 год.

Результаты

Статистически значимый высокий уровень IL-1-β был описан в 5 работах, а IL-6 в 6, IL-8 в 8 исследованиях. Повышение концентрации всех цитокинов было зарегистрировано в 2 исследованиях, посвященных изучению рака легкого и меланомы. Для пациентов с опухолями ЖКТ (n=540) не характерно повышение IL-1-β, однако значимо повышение IL-8, при раке легких последних стадий (n=149) было описано статистически значимое повышение уровня IL-1-β и IL-8, для пациентов с меланомой (n=230) – повышение IL-1β, с ренальной карциномой (n=101) – повышение IL-6, IL-8. Взаимосвязь высокого уровня цитокинов до лечения с метастазированием, пониженным уровнем выживаемости была описана в 4 исследованиях.

Заключение/выводы

Согласно проведенному анализу, можно предположить, что наибольшей диагностической значимостью при опухолевых заболеваниях обладает IL-8, высокий уровень которого до лечения оказался взаимосвязан с неблагоприятным прогнозом. Несмотря на то, что исследования in vitro показывают, что IL-1-β и IL-6 играют важную роль в онкогенезе, в клинической практике определение данных цитокинов показало противоречивые результаты. Стоит отметить, что для опухолей ЖКТ оказался характерным повышенный уровень IL-8, тогда как для пациентов с раком легких и меланомой - IL-1β. Данное исследование показывает важность изучения уровня цитокинов, участвующих в онкогенезе, с целью разработки диагностической панели маркеров-предикторов, а также разработки показаний для назначения ингибиторов IL-1-β, IL-6, IL-8 при онкологических заболеваниях.

Опыт использования чрескожно-чреспеченочного дренирования при несостоятельности билиодигестивного анастомоза после резекций поджелудочной железы

**O.Vorontsov, N. Kortess, V.Tolochyk,
C.Graeb, B.Radeleff**

Sana Klinikum Hof, Germany, Hof



Актуальность

Возрастающее количество злокачественных опухолей поджелудочной железы и дистальной части общего желчного протока диктует необходимость выполнения панкреато-дуоденальных резекции или панкреатэктомии. Одним из самых тяжелых осложнений раннего периода является несостоятельность швов билиодигестивного анастомоза.

Цель работы

Оценка потенциала чрескожного-чреспеченочного дренирования у пациентов с несостоятельностью билиодигестивного анастомоза, после обширных резекций поджелудочной железы.

Материалы и методы

Оценивалось общее состояние больных и необходимость выполнения релапаротомии, а также сроки нахождения дренажа желчевыводящих путей до заживления анастомоза. В период с 2017 по апрель 2020 года в нашей клинике было выполнено 109 резекций поджелудочной железы в связи опухолями различного генеза и хроническим воспалением в гепатобилиарной зоне. У 73 (66,9%) пациентов были произведены панкреатодуоденальная резекция или панкреатэктомия. Желчеистечение по страховочному дренажу было отмечено у 8 пациентов (10,9%). У 2 (2,7%) объем желчи из дренажа не превышал 100 мл в сутки и истечение прекратилось самостоятельно. У 6 (8,2%) была произведена установка чрескожно-чреспеченочного дренажа (PTCD) с использованием методики латеральной пункции печени и двух тонких игл.

Результаты

У 4 (5,4%) пациентов, после наложение PTCD и его Upsizing, удалось добиться полного заживления дефекта билиодигестивного соустья. Средняя продолжительность нахождения дренажа составила 49 суток. У 1 пациентки, в связи с тотальным некрозом анастомоза, была произведена релапаротомия с формированием нового соустья на транспеченочном дренаже Нойхауза 18 Fr (Neuhauser-Drainage). Еще у 1 больной пришлось выполнить ревизию брюшной полости по поводу разрыва большой псевдоаневризмы правой ветви печеночной артерии и геморрагического шока. На фоне критических доз катехоламинов выполнить эндоваскулярную эмболизацию было невозможно.

После остановки кровотечения, было создано новое соединение между гепатикохолододом и тонкой кишкой. Летальность составила 0%.

Заключение/выводы

Установка PTCD у пациентов с несостоятельностью билиодигестивного анастомоза позволяет не только значительно уменьшить число повторных хирургических вмешательств, но и снизить послеоперационную летальность.

Применение гипербарической оксигенации после радикальной мастэктомии

Каганов О.И., Ткачев М.В.

ГБУЗ Самарский областной клинический
онкологический диспансер
Россия, Самара

Актуальность

Длительная лимфоррея создает благоприятную среду для развития микроорганизмов. Барокамера является единственным медицинским приспособлением, позволяющие проводить интенсивную кислородотерапию.

Цель работы

Изучение влияния гипербарического кислорода в раннем послеоперационном периоде после РМЭ у больных раком молочной железы.

Материалы и методы

Исследована возможность использования ГБО с целью повышения регенеративных способностей тканей. Больные были разделены на две группы сравнения: 1 группа - больные, которым проводилась ГБО после оперативного лечения (25 человек); 2 группа больных - ГБО не проводилось (30 человек). Возраст больных составил от 35 лет до 60 лет. Средний возраст $48,5 \pm 2,3$ года при I и II стадии заболевания. Сеансы проводились в одноместной барокамере БЛКС-303 один раз в сутки на режиме 1,4 Атм, время изопрессии 40 мин. Курс 5 сеансов.

Результаты

У больных I группы отмечалось снижение лимфорреи в два раза (с 230мл до 120 мл) на 3-4 день после начала применения ГБО, а также уменьшение интенсивности болевого синдрома на 2 сутки, чего не было у больных II группы.



Заключение/выводы

Раннее применение ГБО при РМЭ дает возможность сохранить жизнеспособность тканей, способствует формированию эластичной рубцовой ткани. По мере восстановления функции верхней конечности включаются коллатеральные пути оттока лимфы, что ускоряет восстановительные процессы.

Применение иттербиевых комплексов порфиринов в ранней прижизненной диагностике меланоцитарных новообразований кожи. Внедрение метода в повседневную клиническую практику

Свист П.Г.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова
(Сеченовский Университет)
Россия, Москва

Актуальность

В связи со значительным увеличением заболеваемости меланомой кожи, основной задачей современной онкодиагностики меланомы является повышение % выявления злокачественных новообразований кожи на ранних стадиях, а также упрощение процесса диагностики на патологически измененной коже и слизистых оболочках.

Цель работы

Изучение возможности ранней дифференциальной диагностики злокачественных новообразований кожи и слизистых оболочек, контроль за лечением ряда патологических процессов с помощью применения иттербиевого комплекса 2,4 диметоксигематопорфирина (ИКП) с люминесценцией в инфракрасном диапазоне.

Материалы и методы

Исследования проведены в экспериментах на мышах с привитой карциномой Льюиса при различных способах введения ИКП, а также при наружном применении в виде лекарственных композиций на кожу и слизистые у ряда больных с неонкологическими и онкологическими заболеваниями. Было приготовлено 5 фармацевтических композиций с Yb-2,4-диметоксигематопорфирином IX, которые были применены на пациентах-волонтерах. При помощи волоконно-лазерного флуориметра была зафиксирована интен-

сивность люминесценции при исследовании кожных поражений в зависимости от времени накопления сигнала в здоровой коже (не обработанной и обработанной гелем), здоровой коже и пораженной части кожи (обработанных гелем). Были определены контрастные индексы, проведено изучение статистических данных величин люминесцентного диагностического контроля контрастного индекса опухоль/здоровая ткань.

Результаты

При однократном нанесении фармацевтических композиций с Yb-2,4-диметоксигематопорфирином IX на очаги поражения при воспалительных и пролиферативных процессах и определении интенсивности люминесценции в ближнем ИК-диапазоне (900-1100 нм.) через оптимальное время накопления (~ 40 минут) обнаружена разница (не менее, чем в 3 раза) по сравнению со здоровыми соседними участками. Побочных реакций, характерных для фотосенсибилизаторов при этом не наблюдалось, так как металлопорфирины обладают пониженной фототоксичностью.

Заключение/выводы

Использование данной методики позволяет получить информацию о накоплении Yb-комплексов в патологически измененных тканях как доброкачественного, так и злокачественного типа. Использование портативного лазерно-волоконного флуориметра ИК-диапазона в сочетании с фармацевтической композицией обеспечивает высокое значение индекса новообразования/норма.

Применение методов локальной термодеструкции в лечении метастазов колоректального рака в печень

Ионкин Д.А., Олифир А.А.,
Жаворонкова О.И., Степанова Ю.А.,
Карельская Н.А., Чжао А.В.

ФГБУ НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского
Россия, Москва

Актуальность

Колоректальный рак (КРР) находится на 4-м месте в структуре онкологической заболеваемости.



Более, чем у 50% пациентов выявляется метастатическое поражение печени. Резектабельность метастазов КРР в печени - до 15-20 %, продолжительность жизни пациентов без специфического лечения до 5-11 месяцев. В связи с этим для лечения КРР необходимо применение различных методов локальной термодеструкции – криодеструкции (КД), РЧА и др.

Цель работы

Улучшить результаты лечения, качество и продолжительность жизни, прогноз у пациентов с метастазами КРР в печень.

Материалы и методы

В Институте хирургии им. А.В.Вишневского с 2012 г. КД была выполнена у 28 больных с нерезектабельными метастазами КРР в печень. Средний возраст пациентов составил $57,8 \pm 3,5$ лет. Размеры очагов в печени были от 1,5 до 10 см, число очагов - от 1 до 10 ($4,5 \pm 3$). Время воздействия составило от 2 до 8 мин. КД в сочетании с РЧА была проведена у 6 пациентов, криодеструкция в сочетании с резекцией печени - у 9 пациентов, сочетание КД, РЧА и резекции печени - у 6 пациентов. Откр. и чРЧА была выполнена у 30 пациентов, сочетание РЧА с резекцией печени - у 25 пациентов. Всем больным в последующем была проведена адъювантная химиотерапия, в 10 случаях, дополненная региональной химиоэмболизацией.

Результаты

В ближайшем послеоперационном периоде были отмечены 9 (32,1%) осложнений. Тяжелые жизнеугрожающие осложнения были отмечены у 2 (7,1%) прооперированных пациентов метастазов КРР - 1 (3,5%) внутрибрюшное кровотечение, потребовавшее релапаротомии и смерть вследствие прогрессирования полиорганной недостаточности на фоне сепсиса после применения КД в сочетании с резекцией печени и РЧА. Болевая симптоматика после применения КД: Полное исчезновение болевого синдрома отмечено у 39,2% пациентов, значительное снижение его интенсивности (25%).

Выживаемость у пациентов после применения КД составила - $12,6 \pm 4$ мес., РЧА - $11,7 \pm 6$, после КД в сочетании с РЧА - $7,8 \pm 4,5$ мес., КД в сочетании с резекцией печени - $13,7 \pm 5,5$ мес.

Заключение/выводы

Сочетание применения методов локальной термодеструкции (РЧА, КД) при метастазах

КРР в печень является вмешательством, улучшающей качество жизни онкологических пациентов. В связи с улучшением качества жизни на фоне соответствующей адъювантной химиотерапии отмечается и улучшение показателей выживаемости.

Результаты реконструктивно-пластических операций у больных с диагнозом рак молочной железы

Ткачев М.В.

ГБУЗ Самарский областной клинический
онкологический диспансер
Россия, Самара

Актуальность

Развитие реконструктивно-пластической хирургии молочной железы, основанное на достижениях онкологической науки, определило появление совершенно новых оперативных методик. Стремление получить более значимый эстетический результат привело сначала к частичному, потом и к полному сохранению кожного чехла молочной железы, но с удалением сосково-ареолярного комплекса (САК).

Цель работы

Сравнить результаты одноэтапных (ОРО) и двухэтапных (ДРО) реконструктивных операции на молочной железе с использованием имплантов.

Материалы и методы

Нами проанализированы результаты реконструктивных операции у больных I-III стадией раком молочной железы. В основную группу вошли больные ($n=33$), которым проводилось ОРО. Показаниями к ОРО были желание больных восстановить молочную железу в один этап, птоз 1-2 степени, объем железы не более 400 мл и отсутствие показаний для послеоперационного облучения. Больным контрольной группы ($n=28$) выполнялась ДРО. На втором этапе, при необходимости, производили капсулэктомию и ремоделирование субмаммарной складки. У больных выполнена корригирующая операция на противоположной молочной железе: мастопексия ($n=7$), масторедукция ($n=9$), эднотезирование ($n=6$). Сравнение результатов основной и контрольной групп проводилось по времени операции, степени



выраженности капсулярной контрактуры и эстетическому результату.

Результаты

Продолжительность операции в основной группе было на 60-90 минут больше чем в контрольной. Послеоперационные осложнения возникли у четырех больных основной группы (двум из них проведены повторные операции по удалению гематом, а у двух отмечен частичный некроз кожного лоскута.) В контрольной группе у двух больных отмечен разрыв экспандера и рожистое воспаление. Протрузия протеза на втором этапе возникла у одной больной через 1,5 месяца после операции.

Формирование фиброзной контрактуры 3-4 степени (постоянная болезненность, деформация протеза) зарегистрировано у 5 пациенток основной группы и только у одной из контрольной. Эстетические результаты через 6-12 месяце после завершения второго этапа оценены как отличные (n=8), хорошие (n=13), удовлетворительные (n=7) у больных контрольной группы, в основной группе отличные (n=3), хорошие (n=10), удовлетворительные (n=20).

Заключение/выводы

Таким образом, способ ДРО может быть рекомендован больным РМЖ как основной в случае предполагаемого специального лечения или для достижения более значимого эстетического результата.

Реконструктивно - пластические операции у больных раком молочной железы в условиях онкологического стационара

Каганов О.И., Ткачев М.В.

ГБУЗ Самарский областной клинический
онкологический диспансер
Россия, Самара

Актуальность

Многочисленные научные публикации свидетельствуют о различных преимуществах или недостатках того или иного варианта реконструктивно-пластических операций РПО, что делает актуальным данное исследование.

Цель работы

Оценить непосредственные результаты РПО

у больных РМЖ с использованием различных методик и предложить варианты по улучшению эстетических результатов.

Материалы и методы

Проведен анализ непосредственных результатов РПО у 75 пациенток РМЖ, находившихся на лечении в отделении общей онкологии в 2017-18 гг. Реконструкция молочной железы с использованием экспандеров-эндопротезов выполнена у 52 пациенток, у 23 пациенток использованы собственные ткани (поперечный нижний эпигастральный кожно-мышечный (ТРАМ) и торакодорзальный (ТД) лоскут.

Результаты

Средний послеоперационный койко-день составил 17 суток и не зависел от вида РПО. Прогрессия заболевания в виде отдаленного метастазирования возникла у 6 пациенток (8%), местный рецидив у одной (1,3%). У 5 (9,6%) пациенток диагностирована ротация эндопротеза, еще у 7 (13,4%) развитие капсулярной контрактуры 2 степени, у 3 (13,1%) женщин отмечено образование липогранулем в проекции ТРАМ-лоскута. Эстетические результаты оценивались непосредственно сразу после проведения операции и спустя один год. Отличный результат достигнут у 11 пациенток, хороший у 23, удовлетворительный у 15 и неудовлетворительный отмечен у 3 пациенток при использовании аллотрансплантатов, после выполнения РПО собственными тканями у 10 пациенток отличный результат, у 9 -хороший и у 3 -удовлетворительный.

Через год треть пациенток с реконструкцией аутоканями посчитали свои результаты более значимыми, в то время как пациентки после РПО экспандерами/эндопротезами отнеслись к ним более критично.

12 женщин были не удовлетворены тактильными ощущениями в области эндопротеза, увеличив число просто удовлетворительных результатов.

Заключение/выводы

Выполнение РПО не приводит к ухудшению непосредственных результатов лечения больных РМЖ. Более значимые эстетические результаты, полученные после РПО собственными тканями, требуют дальнейшего совершенствования методик РПО аллотрансплантатами и освоения новых методик реконструкции с применением микрохирургической техники.



Саркопения и саркопеническое ожирение при распространенных формах опухолей панкреатобилиарной зоны

Лядов В.К.¹, Дикова Т.С.², Зацепина А.Ю.³

ГБУЗ «ГКОБ №1 ДЗМ»¹, Сеченовский университет^{2,3}
Россия, Москва

Актуальность

Избыточное накопление висцерального жира и истощение скелетной мускулатуры являются неблагоприятными факторами прогноза в отношении различных видов рака. Однако роль саркопии и саркопенического ожирения у пациентов с опухолями панкреатобилиарной системы остается неоднозначной.

Цель работы

Целью исследования является анализ влияния состава тела, включая скелетную мускулатуру и жировую ткань, на исходы лечения пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по поводу злокачественных новообразований панкреатобилиарной зоны.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ базы данных 98 пациентов, проходивших оперативное лечение опухолей панкреатобилиарной системы в период с 2011 по 2015 год в ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России. Наличие ожирения было определено как ИМТ ≥ 30 кг/м². Отношение значения площади мускулатуры по аксиальному срезу КТ на уровне L3-позвонка к квадрату роста пациента определяло скелетно-мышечный индекс (СМИ).

Результаты

В исследование было включено 40 мужчин и 58 женщин, в возрасте 21-87 лет с ИМТ не более 37.8 кг/м². Было проведено 80 гастропанкреатодуоденальных резекций, 8 дистальных резекций поджелудочной железы, 7 панкреатэктомий и 3 энуклеации.

Резекция портальной либо воротной вены была выполнена у 9 пациентов (9,2%). Саркопения диагностирована у 66 (67,3%) больных, 18 (18,4%) пациентов имели только ожирение, 7 (7,1%) пациентов – саркопеническое ожирение. Тяжелые (класс IIIA-V по шкале Clavien-Dindo) осложнения встречались у 46 (47%) пациентов. Госпитальная летальность составила 12,2% (12 случаев), все случаи – у пациентов с саркопеническим ожирением.

Одномерный анализ (метод хи-квадрат) показал, что саркопения является значимым фактором риска госпитальной летальности ($p=0.009$), но не осложнений.

Заключение/выводы

Наш анализ подтверждает, что саркопения является предиктором отрицательных результатов у пациентов со злокачественными новообразованиями поджелудочной железы. Для дальнейшего выяснения роли саркопии и саркопенического ожирения необходимы более обширные проспективные исследования. Оценка состава тела у таких пациентов может обеспечить более широкое понимание индивидуального состояния пациентов и определить конкретные поддерживающие стратегии у больных, находящихся в группе риска.

Современная дифференцированная хирургическая тактика лечения больных с диагнозом первично операбельный рак молочной железы

Ткачев М.В.

ГБУЗ Самарский областной клинический
онкологический диспансер
Россия, Самара

Актуальность

Современная хирургия у больных с диагнозом рак молочной железы (МЖ) продолжает развиваться благодаря применению новых технологий оперативных вмешательств и вспомогательных устройств.

Цель работы

Улучшить ближайшие результаты хирургического лечения больных с диагнозом первично операбельный рак МЖ путем разработки и внедрения в клиническую практику новых способов одноэтапной реконструкции и вспомогательных устройств.

Материалы и методы

Проведено исследование 244 больных с диагнозом рак МЖ. Пациенты проходили лечение в СОКОД с 2013 по 2018 годы.

I когорта подразделялась на 1а гр. ($n=78$), которым выполнялась подкожная мастэктомия с пластикой эндопротезом стандартным способом и 1б гр. ($n=98$), которым проводилась подкожная мастэктомия новым способом реконструкции.



II когорта состояла из 43 пациентов 2а гр., которым выполнялась двухэтапная реконструкция и 25 пациентов 2б гр., которым применялся способ кожесохраняющей мастэктомии при большом объеме МЖ.

Результаты

Среднее время операции 1а гр. составило $87,62 \pm 15,21$ минут, во 1б – $90,64 \pm 10,38$ минут, ($p=0,87$). Кровопотеря 1а гр. достигала $54,42 \pm 15,11$ мл, 1б гр. – $42,07 \pm 10,18$ мл, ($p=0,91$). Длительность лимфореи в 1а гр. – $13,61 \pm 3,52$ дней, в 1б гр. – $12,14 \pm 3,41$ дней, ($p=0,95$).

Койко-день в 1а гр. составил $15,1 \pm 3,7$, а в 1б – $14,2 \pm 2,4$ дней, ($p=0,78$).

Показатели качества жизни в 1б гр. были значимо выше ($p=0,78$), чем во 1а.

Среднее время реконструкции 2а гр. составило $190,11 \pm 19,81$ минут, во 2б – $95,61 \pm 15,14$ минут, ($p=0,00$). Кровопотеря 2а гр. достигала $94,89 \pm 25,01$ мл, 2б гр. – $54,21 \pm 17,32$ мл, ($p=0,00$). Длительность лимфореи во 2а гр. – $12,67 \pm 4,32$ дней, в 2б гр. – $14,52 \pm 3,18$ дней, ($p=0,74$). Послеоперационный койко-день в 2а гр. составил $21,84 \pm 4,87$, а в 2б – $14,2 \pm 2,4$ дней, ($p=0,78$). Показатели качества жизни в 2б гр. были значимо выше ($p=0,78$), чем во 2а.

Заключение/выводы

Применение способа (изобретение № 2654583) при малом объеме МЖ не ухудшает результаты лечения при этом улучшая показатели качества жизни. Использование способа (изобретение № 2535790) при большом объеме МЖ позволяет значимо улучшить результаты лечения и показатели качества жизни. Разработанные современные вспомогательные хирургические устройства (патенты на изобретения 2655534, 2660992, полезные модели 175229, 176191, 181372, 181719, 181708, 181705, 181700, 182788, 182872) применяются для улучшения результатов лечения больных с диагнозом рак МЖ.

Способ выбора метода органосохраняющей операции по данным мультиспиральной компьютерной томографии

Филимонова Е.С.

БГМУ, Беларусь, Минск

Актуальность

Учитывая, что выбор между резекцией и энуклеорезекцией сопряжен с высоким риском

конверсии хирургического метода во время операции в случае отсутствия плотной опухолевой фиброзной капсулы, невозможности выделения узла при интратанальном расположении и опасности повреждения сосудистого компонента, отмечается значительное увеличение осложнений, в том числе с развитием почечной недостаточности.

Цель работы

Повышение качества диагностики и хирургического лечения локализованного почечно-клеточного рака при использовании нового нефрометрического комплекса оценки основных характеристик злокачественного новообразования почки по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ).

Материалы и методы

Материалом для клинического исследования послужили данные о 128 пациентах с опухолью почки (T1NOMO). Для статистического анализа данных использовались следующие показатели: общие сведения о пациенте; визуализационные характеристики опухолевого узла почки, полученные по данным МСКТ, результаты оперативного вмешательства; лабораторные показатели почечной функции; клинический статус пациента в ранние сроки после выполнения операции, послеоперационные осложнения.

Результаты

Выявлено статистически значимое влияние использования разработанного комплекса нефрометрической оценки опухоли почки с помощью мультиспиральной компьютерной томографии на увеличение числа случаев, когда успешно была выполнена энуклеорезекция почки в отсутствие значимого отступа от края псевдокапсулы ($F=0,4$, $p=0,003$ при сравнении данных в подгруппах I и III, $F=0,4$, $p=0,002$ при сравнении данных в подгруппах II и IV).

Заключение/выводы:

По результатам выполненных операций установлено, что между величиной отступа от опухолевого узла и прогрессированием рака нет значимой корреляции ($F=0,1$, $p=0,698$ при анализе данных во всей когорте пациентов) и пришли к выводу, что при наличии технической возможности выполнения энуклеорезекции согласно данным МСКТ допустимым расстоянием от опухолевого узла до края резекции может быть расстояние в 1 мм.



Сравнительная оценка эффективности лапаро-торакоскопической операции типа Льюиса при раке пищевода

Аллахвердян А.С.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
Россия, Москва

Актуальность

Хирургический, как правило, единственно радикального, метода лечения рака пищевода развивается по пути лапаро-торакоскопических операций. Миниинвазивные операции позволили существенно снизить кровопотерю, частоту послеоперационных осложнений, уменьшить травматичность операции и, следовательно, болевой синдром.

Цель работы

Оценить эффективность (непосредственные и 2-х годовичные результаты) лапаро-торакоскопической операции типа Льюиса при раке пищевода.

Материалы и методы

В 2015-19 гг. было выполнено 38 субтотальных резекций пищевода комбинированным лапароскопическим и правосторонним торакоскопическим доступом (типа Льюиса). В 6 случаях операция выполнялась после предшествовавших абдоминальных вмешательств. Во 33 случаях торакоскопический этап завершался формированием неаппаратного («ручного») двухрядного пищеводно-желудочного анастомоза. В 5 (13,2%) случаях был сформирован аппаратный пищеводно-желудочный анастомоз.

Результаты

Резекция R0 была выполнена у 36 больных. При гистологическом исследовании в среднем исследовалось 35 ± 4 лимфоузла. Послеоперационные осложнения отмечены у 4 больных. Локальная несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза возникла у 2-х больных, при этом заживление свища анастомоза было отмечено в течение 4-х недель, после дренирования. Послеоперационная летальность у одного (2,6%) больного.

Средняя продолжительность операции составила $7,3 \pm 2,3$ ч. Средняя продолжительность нахождения в реанимации составила $15 \pm 2,3$ ч. Энтеральное питание после операции начинали на 4-6 сутки. Средний послеоперационный койко- день у больных без несостоятельности шва анастомоза составил 8 ± 2 суток.

Двухлетняя выживаемость у пациентов (II-III стадия), оперированных в 01.2015-04.2016 гг., составила 68,8% (11/16).

Заключение/выводы

Преимущества лапаро-торакоскопических субтотальных резекций пищевода по типу Льюиса: четкость визуализации, хороший контроль гемостаза, удобство мобилизации желудка и пищевода, ранняя активизация больных в послеоперационном периоде, минимальное потребление опиоидов, сокращение сроков стационарного лечения. Радикализм резекции и полноценность лимфодиссекции не уступают таковым при «открытых» операциях.

Сравнительная оценка эффективности торакоскопических пневмонэктомий при раке легкого

Аллахвердян А.С.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
Россия, Москва

Актуальность

Уменьшение травматизма при обширных онкологических операциях является наиболее перспективным направлением развития онкохирургии.

Цель работы

Сравнительный анализ результатов и преимуществ торакоскопической пневмонэктомии при раке легкого.

Материалы и методы

При немелкоклеточном раке легкого в 2015-19 гг. было выполнено 79 пневмонэктомий: 51 торакоскопическим доступом, 28 – торакотомным. Для создания торакоскопического доступа вводили 3 торакопорта и выполняли минидоступ 5-6 см в 4-5 межреберье по переднеаксиллярной линии. В 23,5% (12 из 51) случаях торакоскопически была выполнена резекция перикарда, в 1 случае резекция адвентиция аорты, в 2-х – резекция верхней полой вены по устью v. azugos. Выполнялась широкая медиастинальная лимфодиссекция. Мобилизация больных после торакоскопической операции происходила в первые сутки после операции.

Результаты

При торакоскопическом доступе резекция R0 была выполнена 50 (98,0%) больным.



При «открытом», торакотомном, доступе резекция R0 была выполнена 26 (92,9%) больным. Разница статистически не достоверна ($p > 0,05$). После операций, выполненных торакоскопическим доступом, гистологически, в среднем, было исследовано $25,3 \pm 3,1$ лимфатических узлов, после «открытых» – $21,7 \pm 5,1$ лимфатических узла ($p > 0,05$). Послеоперационные осложнения были отмечены всего у трех больных: пневмония единственного легкого, токсический гепатит и нагноение минидоступа. Средняя продолжительность операции составила 151 ± 9 мин. В 100% случаев экстубация в операционной. Средняя продолжительность нахождения в реанимации составила 17 ± 1 ч. Средний послеоперационный койко-день составил: после торакоскопических операций $8 \pm 1,5$ суток, после торакотомных – $13 \pm 2,6$.

Заключение/выводы

Торакоскопический доступ не ограничивает возможности выполнения расширенных и комбинированных пневмонэктомий при раке легкого. Отсутствие возможности мануальной ревизии можно компенсировать тщательным предоперационным обследованием с использованием современных методов визуализации (РКТ, МСКТ, ПЭТ-КТ) в том числе с трехмерной реконструкцией. Преимущества выполнения пневмонэктомии торакоскопическим доступом при раке легкого очевидны: четкость визуализации, хороший контроль гемостаза, удобство прецизионной мобилизации, ранняя активизация больных в послеоперационном периоде, меньшее потребление опиоидов, сокращение сроков стационарного лечения.

Факторы развития лимфедемы у больных с диагнозом РМЖ после хирургического лечения

Каганов О.И., Ткачев М.В.

ГБУЗ Самарский областной клинический
онкологический диспансер
Самара, Россия

Актуальность

Хирургия больных с диагнозом рак молочной железы (РМЖ) является обязательным компонентом в радикальном лечении данного заболевания.

В позднем послеоперационном периоде нередко появляются такое осложнение как лимфедема верхней конечности с ограничением функции, что значительно ухудшает качество жизни больных.

Цель работы

Определение факторов развития лимфедемы у больных с диагнозом РМЖ после хирургического лечения.

Материалы и методы

В исследование включены 115 пациентов, с диагнозом РМЖ проходивших лечение в ГБУЗ СОКОД в период 2017 – 2018 гг. Из них 45 больным были выполнены органосохраняющие операции (ОСО), а 70 больным радикальная мастэктомия по Маддену (РМЭ). Всем больным произведена подмышечная и подключичная лимфодиссекция. В качестве вероятных факторов риска развития лимфедемы нами рассмотрены: возраст, индекс массы тела, показатели Т и N, лучевая терапия, химиотерапия и объем операции. Индекс вычислялся по формуле – масса (кг)/рост. Степень нарушения жизнедеятельности больных, обусловленная ограничением функции верхней конечности на оперированной стороне, оценивалась 100-бальной шкалой-опросником DASH. Статистическая обработка проводилась компьютерной программой Statistica 10.0.

Результаты

К моменту осмотра, лимфедема той или иной степени была развита у 27,8% больных. На развитие отека не влияли возраст больных, показатели Т и N. Статистический анализ показал, что независимыми прогностическими признаками для развития лимфедемы могут служить проведенная лучевая терапия ($p = 0,053$) и индекс массы тела выше 25-и ($p = 0,061$). Проведенный однофакторный дисперсионный анализ показал, что после РМЭ снижение трудоспособности вследствие ограничения подвижности верхней конечности на стороне операции более выражено, чем после ОСО ($p = 0,074$).

Заключение/выводы

Высокий индекс массы тела больной, послеоперационная лучевая терапия и РМЭ повышают риск развития лимфедемы верхней конечности на стороне операции, ограничивают функцию конечности и снижают качество жизни больных. Выполнение ОСО приводит к статистически значимому снижению развитию лимфедемы у больных с диагнозом РМЖ.



Циторедуктивные операции и гипертермическая интраабдоминальная химиотерапия в лечении пациентов с перитонеальным карцинозом

O. Vorontsov, V. Tolochyk, J. Nikl, C. Graeb

Sana Klinikum Hof, Germany, Hof

Актуальность

Лечение перитонеального карциноза является сложной и многогранной задачей для хирургов и онкологов всего мира. Решающим прогностическим фактором является полное удаление всей, макроскопически видимой, опухолевой ткани. В подавляющем большинстве случаев речь идет о мультивисцеральной резекции с перитонеумэктомией и последующей интраабдоминальной химиотерапии, естественным образом связанной с высоким риском осложнений.

Цель работы

Оценить возможности циторедуктивной хирургии (cytoreductive surgery, CRS) и гипертермической интраабдоминальной химиотерапии (hypertherme intraperitoneale Chemoperfusion, HIPEC) в излечении или увеличении продолжительности жизни пациентов с перитонеальным карцинозом.

Материалы и методы

В период с 2015 по май 2020 года в нашей клинике CRS и HIPEC были выполнены у 38 пациентов с колоректальным раком, осложненным перитонеальным карцинозом (n=32), псевдомиксомой брюшины (n=3) и мезотелиомой (n=3). Средний возраст пациентов составил 62 года. Перитонеальный индекс по Sugabaker (Peritoneal Cancer Index, PCI) был в среднем 18 баллов. Объем операций включал в себя тотальную перитонеумэктомию, резекции различных отделов толстой и тонкой кишки, резекцию диафрагмы, желудка, поджелудочной железы, спленэктомию, эвисцерацию малого таза. Индекс удаления опухолевой ткани варьировал от 0 до 1 (CC Level 0-1). До начала 2018 года для HIPEC использовали Oxaliplatin 460 mg/m², в дальнейшем, согласно новому протоколу, Mitomycin 30 mg/m² в течение 90 минут при температуре 42 C.

Результаты

В ближайшем послеоперационном периоде у 6 пациентов развилась пневмония, у 3 пациентов наблюдали послеоперационный панкреатит.

Релапаротомия и резекция участка тонкой кишки в связи с недостаточностью анастомоза понадобилась 1 пациентке. У 3 пациентов развилась острая почечная недостаточность. У 4 пациентов, в связи с рецидивом опухоли, вновь понадобилась циторедукционная операция и повторная HIPEC. В сроки от 2 до 4 лет умерли 6 пациентов.

Заключение/выводы

Комплексная терапия, состоящая из CRS и HIPEC, у строго селективной группы больных с перитонеальными метастазами, по сравнению только с одной системной химиотерапией, может приводить к значительному увеличению продолжительности жизни или даже к полному выздоровлению. Центральным звеном в достижении этих результатов является проведение такого рода лечения только опытными хирургами-онкологами в специализированных центрах.

Цифровые технологии для повышения эффективности профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований (ЗНО) в условиях пандемии COVID 19

Лазарев А.Ф.^{1,2}, Покорняк В.П.³,
Марчков В.А.³, Петрова В.Д.²

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ¹,
Алтайский филиал ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина Минздрава России²,
ООО «НПФ АЛТАН»,
Российская Федерация, Барнаул³

Актуальность

По прогнозам ВОЗ снижения заболеваемости и смертности от ЗНО не ожидается. Остаются высокими показатели онкологической запущенности, низкими – показатели выявляемости на скринингах и профилактических осмотрах.

Удельный вес доклинических и ранних форм ЗНО, выявленных рутинными клинико-инструментальными методами крайне низок. Современные методы (МРТ, ПЭТ-КТ), позволяющие обнаружить ЗНО в доклинических и ранних стадиях - дорогостоящие и для массового скрининга не применимы. Вместе с тем, осуществлять массовые скрининги и профилактические осмотры в настоящих



условиях - пандемии COVID 19, не представляется возможным.

Необходимо внедрение новых инновационных организационных мероприятий по вторичной профилактике рака.

Цель работы

Разработать автоматизированную программу с использованием цифровых технологий определения факторов риска и ранней диагностики злокачественных новообразований.

Материалы и методы

Нами разработаны автоматизированные программы тестирования основных 10-ти локализаций ЗНО на индивидуальную степень онкологического риска на основании метода «Целевой профилактики рака по Лазареву» (патенты: 2692987 - ЗНО предстательной железы; 2651131 - ЗНО молочной железы и другие). Для реализации методики разработаны функциональные веб-приложения (свид-во о гос. рег. прог. для ЭВМ: № 2019663514; 2019662415). Автоматизированные методики могут выполнять как медицинские работники (врачи, медицинские сестры), в том числе, дистанционно, так и пациенты, которые могут самостоятельно провести себе тест, используя Веб-приложения в своих гаджетах. Тесты представляют собой экспертную систему, в основе которой лежит многофакторный анализ ЗНО отдельных локализаций, который автоматически формирует результат - уровень индивидуальной степени онкологического риска. Значение риска ЗНО выражено в %: (от -30% и менее до 30% и выше), что соответствует шести уровням и степеням риска: 0 - риск отсутствует, I и II - степени низкого онкологического риска; III степень - риск средне-популяционный; IV, V и VI степени - высокого онкориска. Если у пациента степень онкориска - высокая, то ему автоматически формируют персональную программу действий для его снижения; перечень необходимых диагностических обследований для доклинического или раннего выявления ЗНО; включают в регистр и планируют систему диспансеризации.

В случае обнаружении опухоли у пациента - пациент идет на лечение в специализированное учреждение в соответствии с принятыми стандартами; при отсутствии ЗНО - воздействуют на те факторы онкологического риска, которые у него привели к его высокому уровню, повторяя тестирование каждые 6 месяцев.

Результаты

На примере двух основных локализаций: рака молочной железы (РМЖ) у женщин и рака предстательной железы (РПЖ) у мужчин. На данной основе сформирован регистр предрака высокого онкориска по РМЖ, всего - 250 пациенток, среди которых при углубленном обследовании в динамике было выявлено 18 пациенток РМЖ, что составило 7,2%; I и II стадии были установлены в 94,4%, 1 случай был выявлен в стадии in situ. Регистр предрака высокого онкориска по РПЖ составил 176 пациентов, среди которых было выявлено 15 пациентов со ЗНО, что составило 8,5%, удельный вес I и II стадии - 93,3%.

Заключение/выводы

Разработанная автоматизированная программа определения факторов риска и ранней диагностики ЗНО позволяет

- 1) Упростить формирование групп высокого онкологического риска, используя дистанционное самотестирование;
- 2) резко снизить контингент пациентов на дорогостоящие, углубленные инструментальные обследования;
- 3) повысить эффективность проводимых профилактических осмотров как минимум в 10 раз;
- 4) определить индивидуальные целевые профилактические мероприятия у каждого пациента, имеющего высокий уровень риска развития ЗНО, и у части из них предупредить развитие рака.

Таким образом, использование цифровых технологий позволит повысить эффективность профилактики и ранней диагностики ЗНО в условиях пандемии COVID 19.

Эпидемиологические особенности рака молочной железы в Краснодарском крае

Исаенко М.С., Степанова Л.Л.,
Тесленко Л.Г.

ГБУЗ КОД №1, Россия, Краснодар

Актуальность

Рак молочной железы (РМЖ) остается актуальной медико-социальной проблемой во всем мире, являясь самой частой локализацией злокачественных новообразований (ЗНО) и ведущей причиной онкологической



смертности у женщин. Внедрение новых лекарственных препаратов и повышение их доступности, возможности скрининга РМЖ в рамках профосмотров, диспансеризации, активной онкопрофилактической деятельности в Краснодарском крае (КК) в последние годы открыли перспективы к увеличению выживаемости и снижению смертности женщин с ЗНО молочных желез.

Цель работы

Провести анализ основных статистических показателей распространенности и организации онкологической помощи пациентам с РМЖ за 2010-2019 гг. в КК.

Материалы и методы

Объект исследования – пациенты с РМЖ в КК. Анализ показателей за период 2010-2019 гг. проведен с использованием автоматизированной информационно-аналитической системы Популяционный раковый регистр.

Результаты

За 2010-2019 гг. в КК отмечается прирост заболеваемости РМЖ на 11,8% (с 82,1 до 91,8 на 100 тыс. женщин). В 2019 г. впервые выявлено 2772 случая РМЖ у женщин, среди них 30,6% составляют женщины в возрасте 60-69 лет, 19,8% - 50-59 лет, 18,7% - 70-79 лет. За десятилетний интервал отмечается снижение смертности на 20,4% (с 32,3 на 100 тыс. женщин в 2010 г. до 25,7 в 2019 г.). За 10 лет доля больных РМЖ в IV стадии заболевания, снизилась (с 10% до 8,2%).

Показатель ранней диагностики (доля ЗНО, выявленных в I-II стадиях) увеличился на 10,5% (с 62,7% до 69,3%). Активная выявляемость выросла в 2,4 раза (с 19,7% до 47%).

Морфологическая верификация РМЖ также повысилась с 96% до 99,1%. Показатель распространенности среди женщин вырос на 27,8% (с 691,9 до 884,2 на 100 тыс. женщин). Пятилетняя выживаемость увеличилась на 32,3% (с 44,5% до 58,9%).

Одногодичная летальность составила 5,8% в 2019 г. против 10,1% в 2010 г. На 8,9% выросла доля пациентов, закончивших радикальное лечение, при этом на 12,4% повысилась доля получивших только хирургическое лечение, что является следствием увеличения ранней диагностики, когда оно является самым результативным.

Заключение/выводы

РМЖ в КК является лидирующей проблемой в противораковой борьбе. За анализируемые годы в динамике выявляется положительная динамика по основным показателям, характеризующим оказание медицинской помощи при РМЖ. Для дальнейшей оптимизации онкологической помощи при РМЖ необходимо совершенствование ранней диагностики, профилактики и лечения заболевания.

Эпидемиология HER2-позитивных злокачественных опухолей молочной железы в Чувашской Республике

Агафонкин С.А., Федорова Н.В.

АУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Чувашии, ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»
Россия, Чебоксары

Актуальность

Диагностика HER2-статуса у больных раком молочной железы позволяет выделить целевую группу больных для проведения таргетной терапии моноклональными антителами, высокоизбирательно связывающимися с внеклеточным доменом рецептора HER2, и определить потребность в таргетных лекарственных препаратах.

Цель работы

провести анализ HER2-статуса среди всех молекулярно-биологических подтипов рака молочной железы на территории Чувашской Республики.

Материалы и методы

Проведен анализ 363 историй болезни пациенток, находившихся на лечении по поводу впервые выявленного рака молочной железы I-IV стадий в республиканском клиническом онкологическом диспансере Чувашской Республики.

Возраст пациенток варьировал от 34 до 82 лет с медианой 60 лет. Во всех случаях иммуногистохимическим методом проводилась оценка уровня экспрессии рецепторов эстрогенов (РЭ), рецепторов прогестерона (РП), Her2 и Ki67.



Результаты

Структура молекулярно-биологических подтипов рака молочной железы в Чувашской Республике представлена следующим образом: люминальный А – 48,88%, люминальный В (Her2 отрицательный) – 30,62%, люминальный (HER2 положительный) – 2,25%, тройной негативный – 10,39%, Her2-положительный (нелюминальный) – 7,87%. HER2 положительный (люминальный и нелюминальный) подтип рака молочной железы выявлен у 33 пациенток (9,4%).

В 2 случаях был получен спорный результат иммуногистохимического анализа Her2 статуса, было проведено определение амплификации гена Her2 методом *in situ* гибридизации (FISH): в одном случае диагностирован Her2 положительный статус.

Заключение/выводы

В структуре молекулярно-биологических подтипов рака молочной железы в Чувашской Республике преобладают люминальные карциномы.

Доля Her2 позитивных вариантов рака молочной железы оказалась ниже, чем в регионах Приволжского Федерального округа: Ульяновская область (26%), Республика Татарстан (18,3%), Республика Марий Эл (13,8%), Нижегородская область (18,1%), Саратовская область (15,6%). Полученные данные могут быть использованы при расчете потребностей в таргетных препаратах для лекарственного лечения рака молочной железы в Чувашской Республике.

