

АССОЦИАЦИЯ ОНКОЛОГОВ РОССИИ  
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ  
САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
САМАРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

# **НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ**

МАТЕРИАЛЫ  
ЕЖЕГОДНОЙ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ,  
ПОСВЯЩЁННОЙ 80-ЛЕТИЮ СОЗДАНИЯ САМАРСКОГО ОБЛАСТНОГО  
КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

3-4 ДЕКАБРЯ 2020 ГОДА

САМАРА

УДК 616-006

ББК 55.6

Научная редакционная коллегия:

Академик РАН, доктор медицинских наук, профессор Г.П. Котельников

профессор РАН, доктор медицинских наук, профессор А.В. Колсанов

доктор медицинских наук, профессор С.В. Козлов

доктор медицинских наук А.Е. Орлов

доктор медицинских наук О.И. Каганов

кандидат медицинских наук Т.Г. Золотарева

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОНКОЛОГИИ: Сборник материалов ежегодной межрегиональной научно-практической конференции. – Самара, 2020.

- 229 стр.

В издание включены статьи, тезисы, посвященные вопросам организации онкологической помощи, современным возможностям профилактики, скрининга, диагностики, лечения и реабилитации больных со злокачественными новообразованиями. В сборнике представлены научные работы сотрудников Самарского областного клинического онкологического диспансера, Самарского государственного медицинского университета, а также специалистов из других лечебно-профилактических учреждений и регионов Российской Федерации.

Все работы представлены в авторской редакции.

©Коллектив авторов, 2020

ООО «Акцент», 2020

### **Глубокоуважаемые коллеги!**

В этом году исполняется 80 лет со дня основания Самарского областного клинического онкологического диспансера.

Практически с самого начала работа этой службы была неразрывно связана с нашим вузом: онкологический диспансер одним из первых возглавлял выдающийся ученый и врач, доцент кафедры акушерства и гинекологии Куйбышевского медицинского института Семен Ильич Гальперин, главным онкологом области был заведующий кафедрой факультетской хирургии медицинского института Антон Григорьевич Бржозовский, а города Куйбышева - заведующий кафедрой общей хирургии профессор Сергей Павлович Шиловцев.

В 1974 году в университете была организована кафедра онкологии, которая стала базой для подготовки кадров для онкологической службы. Свою основную работу в разные годы совмещали с педагогической работой на кафедре онкологии главные врачи СОКОД: заслуженный врач России, кандидат медицинских наук, доцент, Владимир Михайлович Сухарев, кандидат медицинских наук, ассистент Сергей Юрьевич Двойников, заслуженный врач России, доктор медицинских наук, профессор Леонид Васильевич Шаплыгин.

По сей день сотрудники кафедры не только занимаются подготовкой высококвалифицированных медицинских кадров, но и активно работают в практическом здравоохранении, оказывая помощь пациентам на базе Самарского областного клинического онкологического диспансера.

В этом году СамГМУ в очередной раз выступил одним из организаторов межрегиональной научно-практической конференции «Новые технологии в онкологии», которая посвящена юбилейной для онкологии Самарской области дате. Эта конференция - прекрасная возможность обсудить последние тренды в лечении онкологических заболеваний с ведущими специалистами, поделиться методами ведения пациентов, а также обменяться опытом с коллегами.

Врачам, как никому другому, очень важно постоянно учиться, совершенствоваться и повышать свою квалификацию. Уверен, что на конференции вы почерпнете много новой полезной информации, которая поможет вам ещё эффективнее лечить пациентов.

**Александр Владимирович Колсанов,**  
ректор ФГБОУ ВО СамГМУ  
Минздрава России, профессор РАН

### **Уважаемые коллеги!**

Поздравляю всех сотрудников Самарского областного клинического онкологического диспансера с 80-летием со дня основания!

Сохранение здоровья жителей губернии является приоритетом деятельности на всех уровнях руководства Самарской области. Улучшение профилактической помощи, постоянное внедрение современных методов диагностики и лечения, развитие системы реабилитации для онкологических пациентов находится в центре внимания Губернатора Д.И.Азарова. В регионе активно идет реализация программы «Борьба с онкологическими заболеваниями», которая направлена на повышение доступности и качества специализированной помощи. 2020 год является юбилейным для всей онкологической службы региона, так как Самарский областной клинический онкологический диспансер является ведущим учреждением, оказывающим медицинскую помощь по профилю «Онкология». Несмотря на сложившиеся в этом году обстоятельства, распространение новой коронавирусной инфекции, онкологический диспансер успешно справляется с поставленными ранее задачами, сохраняет высокую эффективность, ни на день не прерывает процесс оказания онкологической помощи.

Успехи и достижения Вашего коллектива известны не только в Приволжском Федеральном округе, Российской Федерации, но и за рубежом. Международное сотрудничество в вопросах оказания онкологической помощи, внедрения мировых стандартов диагностики и лечения, непрерывное совершенствование вопросов качества подтверждено сертификатами международного стандарта ISO 9001:2015 и требованиям по качеству лечения и ухода за иностранными пациентами, на соответствие требованиям медицинского туризма «ТЕМОС», Европейской Премии по качеству.

Уровень оказания специализированной медицинской помощи в онкологии неуклонно повышается. По показателям, характеризующим это направление деятельности здравоохранения, Самарская область является одной из лучших в Российской Федерации. В Самарской области, на всех этапах была и есть неразрывная связь науки и практики. Постоянное повышение профессиональных знаний способствует улучшению качества оказания медицинской помощи жителям. Проведение научно-практической конференции «Новые технологии в онкологии» стало традиционным. Мероприятие является образовательной площадкой для широкого круга врачей и залогом успешного внедрения современных методов диагностики и лечения в онкологии на благо жителей Самарской губернии.

Желаю коллективу диспансера процветания, совершенствования, успешной реализации всех планов, творческих свершений, крепкого здоровья и благополучия!

**Армен Сисакович Бенян,**  
министр здравоохранения  
Самарской области,  
доктор медицинских наук

Котельников Г.П., Орлов А.Е., Козлов С.В., Золотарева Т.Г., Юданова А.А.

## **ГБУЗ СОКОД – 80 ЛЕТ: ВЕХИ ИСТОРИИ**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

В 2020 году Самарский областной клинический онкологический диспансер отмечает юбилей – 80 лет! За длительный период в нашей области сформировалась и сохранилась единая система оказания медицинской помощи онкологическим больным. Начало было положено в декабре 1940 года. На основании приказа №134 (06.12.1940) Куйбышевского областного отдела здравоохранения онкологический пункт был преобразован в онкологический диспансер с 25 койками на базе Куйбышевской гинекологической больницы, располагавшейся на пересечении улиц Льва Толстого и Куйбышева, с небольшим штатом, всего 5 врачей. Первым главным врачом стал Николай Владимирович Лавров, закончивший аспирантуру Ленинградского государственного института рентгенологии и радиологии у профессора Н.Н.Петрова. Помимо стационара были открыты: рентгеновский кабинет, клиническая лаборатория и два кабинета для амбулаторного приёма больных: хирургический и гинекологический. В связи с началом Великой Отечественной войны большинство медицинского персонала ушло на фронт, работа диспансера была свернута, но не прекратилась. Имеются сведения о работе онкологического пункта за 1944 год: число посещений 6513, взято на учёт первичных больных 1442. Главными врачами в это время были Инчина И.И., а затем Ольга Денисовна Луконина, гинеколог, выпускница (1926) медицинского факультета Самарского государственного университета. Диспансер вновь возобновил работу в августе 1945 года. В декабре 1945 года О.Д. Луконину сменяет доцент кафедры акушерства и гинекологии Куйбышевского медицинского института Семен Ильич Гальперин, выдающийся ученый и врач. Главным онкологом области утверждается заведующий кафедрой факультетской хирургии медицинского института А.Г.Бржозовский, а города Куйбышева - заведующий кафедрой общей хирургии профессор С.П.Шиловцев. Амбулаторный приём был организован в трёх кабинетах - хирургическом, радиологическом и гинекологическом, а для стационарного лечения были предусмотрены 20 коек в клинике факультетской хирургии. Кроме того, в «Доме крестьянина» выделяется 20 мест для пансионата, а в НИИ ОМД - 20 коек. Лучевое лечение проводилось на базе городской больницы №1 с использованием близкофокусной

рентгенотерапии, в НИИ ОМД - гамма-установки и в физиотерапевтической больнице - на аппарате глубокой рентгенотерапии. В 1947 году главным врачом диспансера становится Александр Павлович Цейтлин, который добивается открытия в диспансере стационара на 40 коек и операционного блока. В структуру диспансера вводятся помимо трёх кабинетов амбулаторного приёма больных, клиническая и патологоанатомическая лаборатории, рентгенодиагностический и рентгенотерапевтический кабинеты. Амбулаторный приём больных ведут 10 врачей: по хирургии, гинекологии, урологии и радиологии. В 1947 году на амбулаторном приёме принято 13569 больных, на стационарном лечении находилось 652 человека. В это же время, 19 августа 1947 года в Куйбышеве на базе 13 хирургического отделения городской больницы №1 имени Н.И. Пирогова открывается городской онкологический диспансер на 35 коек. Главным врачом утверждается Георгий Георгиевич Вырыпаев. По данным статистики в 1948 году было взято на учёт 1144 больных злокачественными новообразованиями города. В 1951 году областной онкологический диспансер возглавил Кочемазов Михаил Иванович. В 1955 году областной диспансер переведён в госпиталь для инвалидов Отечественной войны, а несколько позднее дополнительно ему выделен двухэтажный корпус бывшего трахоматозного диспансера. Коечный фонд достиг уже 120 единиц. Это позволило организовать, помимо хирургического и гинекологического отделений, торакальное и радиологическое с 6 активными койками, биохимическую и цитологическую лаборатории. Улучшилась материальная база и городского диспансера. В 1958 году ему дополнительно передан 2-х этажный корпус городской больницы №1, в котором разместились радиологическое отделение и консультативная поликлиника. Радиологические отделения диспансеров получили телегамматерапевтическую аппаратуру (ГУТ-кобальт-400) и рентгенотерапевтическую - РУМ-17 и РУМ-21. Постепенно расширялась сеть онкологических кабинетов, они создаются не только в городах, но и в сельской местности, организуются смотровые кабинеты в поликлиниках общей лечебной сети. С 1964 по 1976 год областной онкологический диспансер возглавлял Александр Игнатьевич Смагин. В 1967 году в области уже функционирует 66 онкологических и 156 смотровых кабинетов. Это позволило в значительной степени увеличить охват населения профилактическими осмотрами на выявление злокачественных новообразований. Так, если в 1948 году было осмотрено 75 000 человек, то в 1967 году – 1 113 000. За этот период на базе областного онкологического диспансера прошли онкологическую подготовку 544 врача и 562 средних медицинских работника общей лечебной сети. В 1974 году в Куйбышевском медицинском институте им. Д.И. Ульянова организовывается кафедра онкологии,

которую долгие годы возглавлял Заслуженный деятель науки, профессор Юрий Иванович Малышев. Кафедра стала и в настоящее время является основной базой подготовки, студентов, клинических ординаторов, аспирантов, интернов, врачей различных специальностей по профилю «Онкология», возглавляет работу Заслуженный врач России, профессор, доктор медицинских наук Сергей Васильевич Козлов.

В связи с ростом заболеваемости злокачественными образованиями, которая за 15 лет, в период с 1954 по 1969 год возросла в два раза, возникла острая необходимость увеличения коечного фонда. Ранее в Куйбышеве был открыт городской онкологический диспансер, который располагался на территории старейшего учреждения области - Самарской городской клинической больницы №1 им. Н.Н. Пирогова. В 1976 году городской диспансер получает пятиэтажное здание на улице Запорожской, дом 26, в котором размещается уже 280 коек, а рядом строится радиологический корпус. Здесь организовываются отделения: хирургическое, торакальное, гинекологическое, радиологическое, радиоизотопная лаборатория. В 1979 году областной онкологический диспансер возглавил заслуженный врач Российской Федерации Владимир Михайлович Сухарев. В этот период значительно расширяется областной онкологический диспансер. В 1981 году ему передается здание на улице Ленинской, дом 75. В диспансере насчитывается уже 200 коек. В 1988 году, из-за проводимого экономического эксперимента в здравоохранении области, областной и городской диспансеры были объединены, коечный фонд составил 480 коек. Активно развивается хирургическая помощь онкологическим больным, лучевая терапия и химиотерапия. Ведется огромная организационно-методическая работа. Совместно с кафедрой онкологии проводится подготовка и обучение студентов, клинических ординаторов, интернов, аспирантов. Создана единая онкологическая служба области. Проект нового Самарского областного клинического онкологического диспансера разработан в соответствии с Постановлением Совета Министров РСФСР от 30.11.77 года N601 «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения в РСФСР»; программой сооружения объектов здравоохранения, утвержденной решением исполнительного комитета Куйбышевского городского совета N448 от 16.06.89 года и N175 от 16.02.90 года, где было предусмотрено расширение действующего онкологического диспансера; распоряжения Куйбышевского Облисполкома от 14.05.90 года N298-Р «О проектировании и строительстве онкологического диспансера». Решение по проектированию и строительству Самарского областного клинического онкологического диспансера получило свое дальнейшее развитие в Постановлениях Главы администрации Самарской области. В последующем

вышло постановление N239 от 26.07.93 года и N337 от 30.09.93 года «О продолжении начатого проектирования больничного комплекса на 450 коек и поликлиники на 600 посещений в смену». Главой администрации Самарской области подписано Постановление N326 от 8.07.94 года «О частичном изменении постановления Главы администрации Самарской области N337 от 30.09.93 года», в котором постановил запроектировать и построить Самарский областной клинический онкологический диспансер на 570 коек и поликлинику на 600 посещений в смену. В мае 1995 года губернатором Самарской области К.А. Титовым был заложен первый камень в строительство современного онкологического диспансера. Это было необходимым и давно назревшим решением по созданию в регионе высококласного учреждения по диагностике, лечению, научным исследованиям и профессиональной подготовке врачей-онкологов. Огромная роль по строительству и запуску нового здания принадлежит главному врачу в 2001-2008 годах, Заслуженному врачу РФ, кандидату медицинских наук Виктору Павловичу Тявкину. С 2009 года диспансер располагается в новом, построенном по самым современным технологиям здании, расположенном в парковой зоне на левом берегу Волги, у подножья Соколых гор на улице Солнечной. Больничный комплекс состоит из поликлиники на 600 посещений в день, 37 лечебно-диагностических отделений, круглосуточного стационара на 755 коек, операционного блока, где выполняется ежедневно до 60 операций. Ежегодно в диспансере получают лечение более 18 тысяч человек, выполняется 13 тысяч оперативных вмешательств, в том числе расширенные, комбинированные, реконструктивно-пластические и органосохраняющие операции. Используются рентгенохирургические методики, эндопротезирование, радиочастотная и ультразвуковая абляция первичных опухолей и метастазов различных локализаций. В отделениях лучевой терапии выполняются высокотехнологичные методы с применением компьютерных систем для планирования и контроля лечения, в том числе брахитерапия, интраоперационная лучевая терапия, конформное, стереотаксическое облучение.

Онкологический диспансер оснащен линейными ускорителями, рентгеновским симулятором, аппаратом ортовольтной терапии, ангиографическим комплексом, компьютерными и магнитно-резонансными томографами, рентгеновскими установками, гамма-диагностическими камерами ведущих мировых производителей медицинской техники, ультразвуковыми аппаратами экспертного класса, эндоскопическим и эндовидеохирургическим оборудованием. В диспансере создана единая компьютерная сеть для амбулаторно-диагностических отделений и стационара.

Самарский областной клинический онкологический диспансер является учебной базой по подготовке и усовершенствованию врачей различных специальностей и среднего медицинского персонала. Диспансер сотрудничает с Самарским государственным медицинским университетом. Преподавательская работа ведется сотрудниками университета и диспансера по многим специальностям, в том числе онкологии, стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, травматологии и ортопедии, лучевой диагностике, хирургии, хирургии с курсом эндоскопии, ультразвуковой диагностике, анестезиологии и реанимации, патологической анатомии и физиологии. На базе диспансера располагается Самарский областной центр повышения квалификации среднего медицинского персонала, где проводится усовершенствование по специальностям «Сестринское дело», «Фармакология», «Анестезиология-реанимация», «Лабораторная диагностика», «Рентгенология».

Самарский областной клинический онкологический диспансер, являясь специализированным научно-методическим центром, служит базой для развития прогрессивных технологий и исследований в области онкологии в Приволжском Федеральном Округе. В 2006 году была введена первая очередь медицинского комплекса. С 2008 по 2011 годы диспансер возглавлял кандидат медицинских наук Сергей Юрьевич Двойников. В 2009 диспансер был открыт полностью. Затем с 2011 по 2013 годы диспансером руководил профессор, Заслуженный врач РФ Леонид Васильевич Шаплыгин. В настоящее время главным врачом диспансера является доктор медицинских наук, Орлов Андрей Евгеньевич.

В архивных документах были восстановлены имена и фамилии, даты работы всех главных врачей онкологического диспансера.

1. Лавров Николай Владимирович: 07 декабря 1940 года – 5 июля 1941 года
2. Баранов Ф.А.: 18 сентября 1941 года – 05 февраля 1942 года
3. Инчина Мария Ильинична: 05 февраля 1942 год – 10 марта 1944 года
4. Луконина Ольга Денисовна: 10 марта 1944 года – 3 декабря 1945 года
5. Гальперин Семен Ильич: 3 декабря 1945 года – 18 марта 1947 года
6. Цейтлин Александр Павлович: 18 марта 1947 года – 12 октября 1951 года
7. Кочемазов Михаил Иванович: 12 октября 1951 года – 25 октября 1953 года
8. Миронова Мария Георгиевна: 25 октября 1953 года – 11 сентября 1956 года
9. Кожухов Лев Константинович: 11 сентября 1956 год – январь 1957 года
10. Родионова Нина Николаевна: 02 января 1957 года – 02 июля 1964 года
11. Смагин Александр Игнатьевич: 12 июля 1964 год – 03 февраля 1976 года

12. Голенищев Юрий Васильевич: 1976 – 1979, точные даты не сохранены
13. Бирюков Леонид Алексеевич: до 22 мая 1979 года
14. Сухарев Владимир Михайлович: 22 мая 1979 года – 23 сентября 2003 года
15. Тявкин Виктор Павлович: 24 сентября 2003 года – 31 марта 2008 года
16. Двойников Сергей Юрьевич: 01 апреля 2008 года – 14 апреля 2011 года
17. Шаплыгин Леонид Васильевич: 24 апреля 2011 года – 19 апреля 2013 года
18. Орлов Андрей Евгеньевич: 03 июня 2013 года – по настоящее время

За долгие годы в учреждении работали и продолжают трудиться 1950 высококвалифицированных специалиста, преданные своему делу, среди них 353 врача, в том числе 3 Заслуженных врача РФ, 8 докторов наук, 34 кандидата медицинских наук, 82% врачей высшей и 1 категории. Более 40 сотрудников диспансера, из них 15 – врачи, работают в учреждении свыше 30 лет, передавая свои знания и опыт молодым специалистам. Онкологи учреждения активно работают во многих профессиональных Российских и международных обществах и ассоциациях.

В течение последних лет диспансер получил много заслуженных наград, в том числе «Лучшее онкологическое учреждение России (2011), лауреат Премии «Народное призвание» (2012), а также прошел сертификации по оценке качества оказываемых услуг ISO 9001:2015. TEMOS, OncoZert

История продолжается...

Абашина О. Е., Дупляков Д.В., Орлов А. Е., Абашин Е. Г., Косталанова Ю. В.,  
Ушакова Е. В., Чаулин А.М., Каганов О.И., Горяинова Л. А.

## **РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ КАРДИТОКСИЧНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер им.В.П.Полякова»  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»  
Центр ядерной медицины г. Самара ООО «ПЭТ-Технолоджи»*

**Актуальность.** Смертность пациентов на этапах комплексного лечения достигает 60%, что связано с развитием сердечной недостаточности за счет кардиотоксических эффектов химиотерапии. Проблема доклинического выявления кардиотоксичности состоит в том, что ранняя кардиотоксичность может длительно протекать бессимптомно, в связи с этим необходимы новые методы ранней диагностики кардиотоксичности у пациентов, получающих лечение препаратами антрациклинового ряда. Для наиболее раннего выявления кардиотоксического действия полихимиотерапии перспективным является поиск новых маркеров и методов диагностики.

**Цель исследования.** Изучить накопление 18-фтордезоксиглюкозы (18F-ФДГ) в миокарде, согласно данным позитронно-эмиссионной компьютерной томографии (ПЭТ/КТ) тела с 18F-ФДГ, в сочетании с показателями высокочувствительного тропонина I (hs-TnI) и уровнем С-реактивного белка (СРБ) сыворотки крови у пациенток, получающих лечение схемами, включающими доксорубин и трастузумаб при раке молочной железы.

**Материал и метод.** Обследовано 22 пациентки с раком молочной железы 2 клинической группы, средний возраст  $55,6 \pm 9,3$  года, получающих полихимиотерапевтическое лечение схемами, включающими доксорубин 60 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в 21 день - 19 человек и трастузумаб 8 мг/кг в нагрузочной дозе и 6 мг/кг в последующем 1 раз в 21 день - 3 человека в адьювантном или неоадьювантном режимах. Всем пациентам до включения в исследование и через 3 мес  $\pm 14$  дней проводили тест 6-минутной ходьбы для оценки функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН), регистрацию электрокардиограммы (ЭКГ), эхокардиографическое исследование (ЭХОКГ) с оценкой фракции выброса (ФВ), определяли уровень СРБ (мг/л), hs-TnI в (нг/мл), а также, проводили анализ накопления 18F-ФДГ в миокарде, согласно данным ПЭТ/КТ тела с 18F-ФДГ.

**Результаты исследования.** На этапе включения в исследование и на контрольном визите через 3 месяца пациентки не имели клинических проявлений ХСН. Исходная ФВ составила  $65 \pm 5\%$ , через 3 месяца  $62 \pm 5\%$ . Отрицательной динамики по данным ЭхоКГ в

виде снижения ФВ более 10 % от исходной отмечено не было. Отрицательной динамики в виде снижения вольтажа, появления ишемии миокарда, аритмии по данным ЭКГ у пациенток, также, не было.

У двух пациенток, после завершения курса доксорубицина без редукции дозы согласно стандартам адъювантной химиотерапии по схеме отмечалось значительное повышение сывороточных уровней hs-TnI. Так, у первой у первой пациентки значения hs-TnI составили 0,102 нг/мл, а у второй достигали 0,240 нг/мл. Уровень СРБ через 3 мес от включения в исследование не повысился и составил у первой пациентки - 1,55 мг/л и 1,3 мг/л у второй. Параллельно с динамикой hs-TnI у пациенток отмечалось повышение накопления 18F-ФДГ в миокарде левого желудочка (индекс накопления 18F-ФДГ SCORE 4-5 у двух пациенток), согласно данным ПЭТ/КТ с 18F-ФДГ после завершения курса доксорубицина без редукции дозы.

**Выводы.** Возможности выявления ранней кардиотоксичности при проведении полихимиотерапии у пациенток с раком молочной железы с использованием ПЭТ/КТ с 18F-ФДГ параллельно с анализом динамики маркеров повреждения миокарда требует дальнейшего изучения.

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

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ БИОПСИИ СТОРОЖЕВОГО  
ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА РАДИОИЗОТОПНЫМ МЕТОДОМ В АУ  
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»  
МИНЗДРАВА ЧУВАШИИ**

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

**Введение.** В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения Чувашской Республики рак молочной железы занимает первое место (20,3%). Более 70 % составляет доля пациентов раком I и II стадии. До недавнего времени радикальное хирургическое лечение рака молочной железы в обязательном порядке включало удаление регионарной клетчатки с лимфатическими узлами. Такой подход сопровождался высоким риском развития ранних и поздних послеоперационных осложнений и функциональных нарушений, таких как вторичная лимфедема верхней конечности, образование сером, длительная лимфорея, нарушение подвижности в плечевом суставе и другие проявления постмастэктомического синдрома. В последние годы при ранних стадиях рака молочной железы активно применяется методика биопсии сторожевого лимфатического узла, позволяющая минимизировать объем аксиллярной лимфодиссекции и значительно улучшить качество жизни онкологических больных за счет снижения риска развития осложнений. В тоже время данная технология обеспечивает достижение результатов, сопоставимых с традиционными хирургическими методами лечения раннего рака молочной железы, что определяет высокую актуальность внедрения биопсии сторожевого лимфатического узла в рутинную клиническую практику.

**Цель исследования.** Провести оценку эффективности и безопасности использования технологии биопсии сторожевого лимфатического узла радиоизотопным методом при лечении ранних стадий рака молочной железы в АУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Чувашии за 2018-2020г.

**Материалы и методы:** На базе республиканского онкологического диспансера Чувашской Республики 140 пациенткам с морфологически верифицированным раком молочной железы выполнено хирургическое вмешательство с использованием технологии биопсии сторожевого лимфатического узла радиоизотопным методом. Возраст пациенток варьировал от 32 до 80 лет с медианой 58 лет. Клиническое обследование до операции в обязательном порядке включало физикальное обследование, УЗИ молочных желез и

регионарных зон метастазирования, полипроекционную маммографию и другие инструментальные исследования в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями. Размер первичной опухоли составлял не более 5 см., по результатам клинического исследования отсутствовали данные за метастатическое поражение аксиллярных лимфатических узлов (клинические стадии T1-2N0M0). За сутки до операции всем пациенткам из группы исследования выполнялось периареолярное или перитуморальное подкожное введение радиофармпрепаратов- Технефита (63 пациентки) или Нанотопа (77). Доза введенного препарата достигала значений не более 200 МБк. Через 2 часа после введения радиофармпрепарата проводилась визуализация сигнальных лимфоузлов методом однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, уточнялось количество и топография сторожевых лимфатических узлов. Оперативное лечение проводилось на следующий день, но не позднее 24 часов после введения радиофармпрепарата. В ходе операции с помощью портативного гамма-детектора осуществлялся поиск очагов накопления радиофармпрепарата в зонах лимфоотока, соответствовавших локализации сторожевых лимфатических узлов. Оценивалось количество обнаруженных сторожевых лимфатических узлов. Выполнялось плановое морфологическое исследование послеоперационного материала. При отсутствии метастазов в сторожевых лимфоузлах аксиллярная лимфаденоэктомия не выполнялась. Регионарная лимфодиссекция проводилась при обнаружении метастазов в сторожевых лимфатических узлах и при отсутствии сторожевых лимфоузлов.

**Результаты исследования.** Лимфатические узлы, накапливающие радиофармпрепарат, найдены у 133 (95%) пациенток, у 7 пациенток (5%) сторожевые лимфоузлы обнаружены не были. При использовании препарата Технефит сторожевые лимфатические узлы были выявлены у 57 больных (90,5%). Применение препарата Нанотоп позволило обнаружить сторожевые лимфатические узлы у 76 пациенток (98,7%). При лимфосцинтиграфии определялось от 1 до 8 лимфатических узлов, среднее количество при использовании Технефита -1, Нанотопа-2,9. В ходе операции было выявлено от 1 до 13 лимфатических узлов, накапливающих радиофармпрепарат. Среднее количество сторожевых лимфатических узлов, обнаруженных во время операции с применением препарата Технефит составило 2,2, а с использованием Нанотопа 5,3. После планового морфологического исследования метастазы рака молочной железы в сторожевых лимфатических узлах диагностированы у 20 (15%) больных: у 11 (17,5%) при использовании препарата Технефит и у 9 (11,7%) при применении Нанотопа. Во всех случаях при выявлении метастазов в сторожевые лимфатические узлы была выполнена

аксиллярная лимфаденэктомия. У 7 (35%) пациенток из 20 с метастатическими сторожевыми лимфатическими узлами в прочих лимфатических узлах (несторожевых) регионарного лимфатического коллектора были выявлены метастазы. У 6 (4,5%) больных наряду со сторожевыми лимфоузлами во время операции были обнаружены лимфатические узлы с клиническими признаками метастатического поражения, была выполнена подмышечная лимфаденэктомия. В настоящее время послеоперационных осложнений после применения технологии биопсии сторожевого лимфоузла у пролеченных больных не зарегистрировано.

**Заключение.** Применение биопсии сторожевого лимфатического узла радиоизотопным методом с использованием различных лимфотропных радиофармпрепаратов продемонстрировало высокую надежность в диагностике метастатического поражения аксиллярных лимфатических узлов при раке молочной железы в сочетании с простотой и безопасностью технологии, что позволяет рутинно применять ее в клинической практике.

Аглетдинов С.З., Пышкина Ю.С.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА С ПОСЛЕДУЮЩИМ ДООБСЛЕДОВАНИЕМ И ВЫЯВЛЕНИЕМ РАННЕГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»  
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России*

**Актуальность:** основная задача маммографического скрининга – выявить начальные формы рака молочной железы. Целью является улучшение качества жизни заболевшей женщины, сокращение сроков лечения, гарантированное полное излечение, уменьшение материальных затрат и нагрузки на лечебную сеть.

**Цель исследования:** доказать необходимость маммографического скрининга при диспансеризации населения.

**Материалы и метод.** Пациентка С. направлена на консультацию маммограмм в ГБУЗ СОКОД после маммографического скрининга по месту жительства с предварительным заключением врача-рентгенолога «нарушение архитектоники в структуре левой молочной железы». После дополнительного исследования в рентгеновском отделении онкологического диспансера с использованием маммотомосинтеза обнаружено узловое тяжистое образование в верхне-наружном квадранте левой молочной железы 4х5 мм. Заключение: рак ранней стадии левой молочной железы. BIRADS 4a. При ультразвуковом исследовании патологии в молочных железах не выявлено, объекта для пункции не обнаружено. Проведена пункция образования в левой молочной железе под рентгеновским контролем на стереотаксисе. При цитологическом исследовании полученного материала злокачественных клеток нет.

Пациентка госпитализирована в онкологическое отделение опухолей наружной локализации на оперативное лечение. Перед операцией в рентгеновском отделении произведена маркировка образования гарпуном.

**Результаты исследования.** После гистологического исследования удаленного сектора получено макроописание: сектор с мелкими уплотнениями вне зоны гарпуна и область гарпуна. Микроописание: фиброзно-кистозная болезнь, в области гарпуна и вне его мелкие очаги внутрисекторного папиллярного рака от 0,2 см до 0,6 см. Иммуногистохимическое исследование: уровень рецепторов к эстрогену – 8 и к прогестерону 8, уровень онкобелка Ki 67 – 5%. После проведения врачебного консилиума решено, что химиотерапевтическое и лучевое лечение не показано.

**Выводы.** Маммографический скрининг при диспансеризации населения необходим для раннего выявления рака молочной железы. Пациенты получают гарантированное полное излечение рака, значительно сокращается время лечения и улучшается качество жизни. Уменьшаются затраты на лечение, нагрузка на лечебную сеть.

Амосов Н.А., Ляс Н.В., Ткачев А.А., Тюлюсов А.М., Юрченко Р.А.,  
Машукаева А.С., Щеголева М.А.

## **СЕГМЕНТЭКТОМИЯ КАК ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ШАРОВИДНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Опухоли легких составляют большую группу новообразований, характеризующихся избыточным патологическим разрастанием тканей легкого, бронхов и плевры и состоящих из качественно измененных клеток с нарушениями процессов дифференцировки. В зависимости от степени дифференцировки клеток различают доброкачественные и злокачественные опухоли легких, включая метастатические опухоли легких (отсевы опухолей, первично возникающих в других органах). Оперативному удалению подлежат все периферические опухоли, независимо от риска малигнизации. Чем ранее диагностирована опухоль легкого и проведено ее удаление, тем меньше объем и травма от оперативного вмешательства, опасность осложнений и развития необратимых процессов в легких. Лечение периферических опухолей легких – задача не одного специалиста. В зависимости от конкретной ситуации, требуется наличие в клинике квалифицированного торакального хирурга-онколога, химиотерапевта, специалиста по лучевой диагностике, патоморфолога, терапевта, анестезиолога, реаниматолога. Операция по поводу шаровидных образований подразумевает удаление пораженной части легкого (лобэктомия) с комплексом внутригрудных лимфатических узлов (при злокачественном процессе), но в настоящее время все большую актуальность в торакальной онкохирургии приобретает сегментэктомия, как хирургический метод при лечении рака легкого I-II стадии, а также у пожилых больных с выраженной сопутствующей патологией и у пациентов со сниженными функциональными показателями респираторных резервов. Лимфатические узлы должны удаляться профилактически, вне зависимости от данных обследования. Для большинства пациентов удаление части легкого не имеет долгосрочных последствий, и пациенты могут полноценно вернуться к привычному образу жизни. Объем и качество операции не зависят от хирургического доступа. Операции проводятся с использованием современного оборудования, с использованием электроинструментов, ультразвукового скальпеля, сшивающих аппаратов. Использование данного оборудования позволяет снизить кровопотерю во время большинства стандартных операций до минимальных объемов. В торакальном отделении СОКОД широко используется методы

комбинированного обезболивания, позволяющие практически исключить неприятные ощущения от послеоперационной раны. После операции, в зависимости от результатов морфологического исследования удалённого препарата, может быть назначена профилактическая (или адъюватная) химиотерапия, при наличии факторов риска и выявлении метастазов в удалённых лимфоузлах. Рецидивы при радикальном удалении доброкачественных опухолей легких наблюдаются редко. Менее благоприятен прогноз при карциноидах легких. С учетом морфологической структуры карциноида пятилетняя выживаемость при высокодифференцированном типе карциноида составляет 100%, при умеренно дифференцированном типе –90%, при низкодифференцированном — 37,9%. Минимизировать риски возникновения новообразования позволяет своевременное лечение инфекционно-воспалительных заболеваний легких, исключение курения и контакта с вредными веществами-поллютантами.

**Материалы и метод.** В период с 2014 по 2019 гг. в хирургическом торакальном отделении СОКОД выполнено хирургическое лечение 3124 больных раком легкого, средний возраст которых составил 62 года. Сегментэктомия выполнена 39 больным по поводу периферических шаровидных опухолей легких. На госпитальном этапе проводился: сбор анамнестических данных; физикальное обследование; общеклинические методы: ОАК, АОМ, биохимический анализ крови; инструментальные методы: рентгенография органов грудной клетки, КТ органов грудной клетки, бронхоскопия, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ; гистологическое исследование. Все пациенты в 43,7%% случаев являлись жителями г.о. Самара, в 34,5% случаев жителями сел Самарской области. Мужчин составило 21 (53.8%), женщин – 18 (46.2%). Пациентов, у которых диагностированы доброкачественные опухоли -14 человек (35.9%), злокачественные -25 (64.1%) соответственно. По гистологической верификации злокачественных опухолей: 19 пациентов (76%) с НМРЛ I стадии, 6 пациентов (24%) с нейроэндокринными опухолями (типичный карциноид). Осложнения в послеоперационном периоде возникли в 5,1% случаев (2 пациента), летальных исходов не отмечалось. У 1 пациента (2.5%) в виде негерметичности легочной ткани длительностью более 7 дней и у 1 больного (2.5%) развилась антибактериальной терапии.

**Выводы.** Сегментэктомия является основным методом лечения больных ранними формами первичных злокачественных и доброкачественных опухолей легких как хирургический метод оргносохраняющих операций. Данный метод позволяет

сохранить легочную паренхиму и респираторную функцию без ущерба радикальности оперативного вмешательства, что минимизирует риск послеоперационных осложнений.

Баканова Ю.Г., Селезнева А.В., Югина О.В., Золотарева Т.Г., Косталанова Ю.В.

## **МЕЛАНОМА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Меланома желчного пузыря — редко встречающаяся опухоль. В доступной отечественной литературе описаны единичные случаи этого заболевания, а в зарубежной лишь несколько десятков клинических случаев. В связи с этим тактика ведения пациентов с вышеуказанной патологией неизвестна, клинические рекомендации по ведению меланомы желчного пузыря отсутствуют. Детальное описание каждого нового клинического наблюдения важно для получения статистической информации и выработки стандарта лечения пациентов с данной патологией.

**Материалы и методы.** Пациент К., 58 лет. Наблюдается с 2018 года, когда по поводу кисты правой почки была выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и выявлено наличие в желчном пузыре полиповидного образования. Данные компьютерной томографии: Стенки желчного пузыря четкие, уплотнены, в просвете определяется мягкотканное образование с контрастным усилением, размерами 19х13 мм, общий желчный проток не расширен. Выполнена операция - холецистэктомия.

**Результаты исследования.** Макроописание препарата: желчный пузырь 6х3х3 см, стенки мягкие, на разрезе экзофитное образование 1.5 см в диаметре бурого цвета, рыхлой консистенции. Микроописание: Опухоль альвеолярно-солидного строения из крупных клеток с ободком светлой и бледно-эозинофильной цитоплазмой, с округлыми просветленными слегка угловатыми ядрами, с мелкодисперсным хроматином и с четкими ядрышками, встречаются внутриядерные вакуоли, с большим количеством митозов (до 6 митозов в 1 ПЗБУ). Строма развита слабо, отмечается очаговая лимфоплазмочитарная инфильтрация с очагами некрозов, с наличием внутри- и внеклеточного коричневого пигмента.

Для уточнения генеза опухоли выполнено ИГХ исследование с антителами: ЦКР-РАN, ЦКР8/18, Melan A, S-100, HMB-45, Виментин, к белку пролиферирующих клеток Ki-67. При фенотипировании опухолевые клетки ярко экспрессируют: Виментин, HMB-45, S-100, Melan-A, не экспрессируют ЦКР-РАN, ЦКР8/18. Индекс пролиферации Ki-67 экспрессируется в ядрах 70% опухолевых клеток. Фенотип и гистологическая картина соответствует пигментной меланоме желчного пузыря эпителиоидно-клеточного строения с инвазивным ростом через все слои стенки желчного пузыря, с очагами некрозов и лимфоплазмочитарной инфильтрацией.

**Выводы.** Меланома желчного пузыря — это орфанное заболевание. В патоморфологической практике данные случаи встречаются крайне редко. Нетипичная локализация может вызвать неправильную трактовку гистологической картины опухоли, в связи с чем, необходимо проводить расширенные морфологические исследования с целью уточнения гистогенеза опухоли.

Баканова Ю.Г., Селезнева А.В., Югина О.В., Мережко М.В.

## **КАРЦИНОМА МЕРКЕЛЯ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЛКОКРУГЛОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Карцинома Меркеля (КМ) редкое агрессивное кожное злокачественное новообразование. В настоящее время имеется достаточное количество данных, свидетельствующих о том, что полиомавирус клеток Меркеля (MCPyV) играет важную роль в онкогенезе КМ. Наибольшее признание получила точка зрения, согласно которой КМ развивается из полипотентных стволовых клеток дермы, приобретающих нейроэндокринную дифференцировку при злокачественной трансформации.

**Цель исследования.** Определение оптимальной панели антител для дифференциальной диагностики мелкокруглоклеточных первичных опухолей кожи и метастазов.

**Материалы и методы.** При рутинном гистологическом исследовании опухолевые клетки КМ небольших размеров, округлой или овальной формы, со скудной амфифильной цитоплазмой, нечеткими границами, округлым, гиперхромным ядром с множеством ядрышек. Характерны многочисленные фигуры митозов, картины апоптоза клеток. Более крупные размеры опухолевых клеток обычно наблюдаются при рецидивах после радиотерапии, но могут встречаться и в первичной опухоли. Эпидермис обычно остается интактным, эпидермотропизм - распространение опухоли в эпидермисе, встречается в 5–30 % случаев. Клетки локализуются в дерме в виде плотных инфильтратов или трабекул, которые пронизывают дерму и достигают гиподермы. Выделяют три гистологических типа КМ: трабекулярный (10–30 %), промежуточный (50–80 %) и мелкоклеточный (10–20 %). Морфологические признаки КМ включают также очаги некроза, особенно часто встречающиеся в крупных опухолях, периваскулярное и периневральное распространение опухолевых клеток. К гистологическим критериям, коррелирующим с низкой выживаемостью, относятся маленькие размеры опухолевых клеток, большое количество мастоцитов в инфильтрате, высокая плотность сосудов, инвазия опухоли в лимфатические и кровеносные сосуды, высокая митотическая активность.

**Результаты исследования.** Проведение иммуногистохимического исследования позволяет дифференцировать КМ с такими мелкокруглоклеточными опухолями, как метастазами мелкоклеточного рака легкого (МРЛ) в кожу, лимфомой кожи, десмопластической беспигментной меланомой, низкодифференцированным

плоскоклеточным раком. Цитокератин 20 является внутриклеточным промежуточным филаментом, высокоспецифичным и чувствительным для КМ. Этот маркер имеют до 100 % опухолей. При иммуноспецифическом окрашивании клеток он располагается в цитоплазме в виде округлых гранул вокруг ядра. Тем не менее, около одной трети клеток мелкоклеточного рака легких (МРЛ) позитивно к цитокератину 20, этот маркер экспрессируется в 34 % случаев при других внелегочных мелкоклеточных карциномах. Маркер цитокератин 20 также может быть использован для детекции микрометастазов опухолевых клеток КМ в лимфатических узлах. Дифференциальная диагностика КМ наиболее трудна с МРЛ. Отличить от МРЛ помогает отсутствие в клетках КМ цитокератина 7 и тиреоидного транскрипционного фактора 1 (экспрессируется МРЛ в 83–100 %). Нейрофиламенты специфичны для КМ (63–100 %) и не встречаются при МРЛ. Опухолевые клетки КМ не экспрессируют белок S–100, виментин и общий лейкоцитарный антиген CD45, что позволяет проводить дифференциальную диагностику с меланоцитарными злокачественными опухолями и лимфомами кожи.

**Выводы.** Проведение расширенного морфологического исследования с применением иммуногистохимического метода позволяет с высокой точностью проводить дифференциальную диагностику мелкокруглоклеточных опухолей и помогает врачу-патологоанатому, при рациональном назначении панели антител, диагностировать редко встречающуюся карциному Меркеля.

Баканова Ю.Г., Селезнева А.В.

## **ТРУДНОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Большая часть практической деятельности патологоанатома отведена анализу биопсийного материала различного объема и диагностической сложности. В специализированных лечебных учреждениях онкологического профиля немалый объем биопсийного материала составляют забрюшинные объемные новообразования, выявленные как первично, так и у больных с уже верифицированным ранее диагнозом доброкачественной или злокачественной опухоли. Даже при наличии у больного злокачественной опухоли никогда нельзя полностью исключить появление второго (синхронного или метакронного) новообразования.

**Материалы и методы.** Помимо широкого спектра опухолей переменного биологического потенциала, возникающих в забрюшинном пространстве, в данной анатомической зоне, также могут возникать многочисленные неопухолевые и опухолеподобные объемные образования, требующие дифференциальной диагностики с морфологически сходными первичными опухолями.

**Результаты исследования.** Основные причины ошибок врача-патологоанатома при диагностике забрюшинных опухолей по инцизионной биопсии могут быть условно разделены на две больших группы: объективные и субъективные.

Объективные:

1. Недостаточный объем диагностически полезного материала в «малой» биопсии.
2. Неспецифическое гистологическое строение опухоли.
3. Малоспецифичный иммунофенотип, идентичный для целой группы опухолей
4. Нетипичное строение (редкий гистологический вариант) опухоли.
5. Низкое качество готовых гистологических препаратов/нарушение антигенной сохранности ткани опухоли в парафиновых блоках
6. Аберрантная (аномальная) экспрессия клетками опухоли нетипичных маркеров.
7. Механическая деформация ткани на этапе забора биоматериала на исследование.

Субъективные:

1. Некритичный подход.
2. Недооценка клинико-лабораторных данных.
3. Неверная интерпретация результатов иммуногистохимического исследования.

**Выводы.** Диагностическая онкоморфология является наиболее сложным разделом работы патологоанатома. Диагностические сложности объясняются не только широким спектром патологических процессов, возникающих в забрюшинном пространстве, но и ограничением диагностических возможностей ввиду малого объема биопсийного материала, неспецифичной морфологии целого ряда забрюшинных образований или их нетипичного гистологического строения. Практика показывает, что, несмотря на имеющийся в распоряжении онкоморфологов богатый арсенал дополнительных методов исследования, в части случаев окончательная верификация диагноза забрюшинного новообразования возможна только на послеоперационном материале. Невзирая на вышеупомянутые трудности в практической работе, принципиально важно отметить, что краеугольным камнем диагностики любых опухолевых процессов для оптимального достижения результатов лечения является мультидисциплинарный подход с привлечением онколога, радиотерапевта, хирурга, врача-патологоанатома и специалиста клинической лабораторной диагностики.

Баканова Ю.Г., Югина О.В., Мережко М.В., Севастьянова Т.А.

## **ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭКСПРЕССИИ БЕЛКА PD-L1 ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИМ МЕТОДОМ В НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКИХ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** PD-L1 представляет собой трансмембранный белок, который подавляет иммунные ответы путем связывания с двумя его рецепторами, лигандом 1 белка программируемой смерти клеток (PD-1) и B7.1. PD-1 является ингибирующим рецептором, экспрессируемым на активируемых Т-лимфоцитах, активация которых сохраняется при состоянии хронической стимуляции, таких как хроническая инфекция или рак. PD-L1 экспрессируется при широком спектре видов рака, включая немелкоклеточный рак легких (НМРЛ). Было выявлено, что распространенность экспрессии PD-L1 колеблется от 12 до 100% в зависимости от типа опухоли, от клона анти-PD-L1 и порогового значения.

**Цель исследования.** Определение состояния PD-L1 является специфичным для индикации, и оценка основана либо на измерении доли площади опухоли, занятой инфильтрирующими опухоль иммунными клетками, экспрессирующими PD-L1 любой интенсивности или на измерении процента опухолевых клеток, экспрессирующих PD-L1 любой интенсивности.

**Материалы и методы.** Иммуногистохимические реакции проведены с помощью иммуногистостейнера Ventana BenchMark XT с использованием антитела PD-L1 (SP263, Roche-Ventana), системы детекции OptiView DAB IHC Detection Kit, с докрасиванием Hematoxylin II (Ventana) и Bluing Reagent (Ventana). Контроль качества реакции: во внешнем позитивном контроле (в клетках синцитиотрофобласта плаценты), смонтированном на том же стекле, что и исследуемая ткань, должна выявляться выраженная позитивная мембранная реакция различной интенсивности без окрашивания стромы и сосудистого русла. Позитивная реакция оценивалась по методике определения TPS при окрашенных опухолевых клетках более или равно 1%.

**Результаты исследования.** Для качественного обнаружения белка-лиганда PD-L1 в фиксированных 10% нейтральным формалином и залитых в парафин тканевых срезах НМРЛ, окрашенных при помощи набора для обнаружения OptiView DAB IHC Detection Kit, с докрасиванием Hematoxylin II (Ventana) и Bluing Reagent (Ventana) использовалась методика определения TPS. За исследуемый период было выполнено 59

иммуногистохимических реакций. Соотношение мужчин к женщинам составило 2,5:1. Основная группа старше 50 лет (39 мужчин, 13 женщин). Позитивный PD-L1 статус определен у 26 мужчин и 8 женщин, в основном в возрастном диапазоне старше 50 лет.

**Выводы.** Данное исследование предназначено для отбора пациентов с НМРЛ для возможности проведения таргетной терапии. Пациенты с позитивным PD-L1 статусом в опухолевых клетках могут рассчитывать на увеличение выживаемости на фоне применения таргетных препаратов.

Баландина А.В., Пряников А.С., Филимонов Е.Ю., Козлов С.В., Каганов О.И.

## **МЕТОДИКА АНАЛИЗА КТ-ПЕРФУЗИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЛИОБЛАСТОМ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»  
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России*

**Актуальность.** Диагностика злокачественных опухолей головного мозга и их мониторинг является важной проблемой современной нейроонкологии. Ведущее место среди злокачественных новообразований головного мозга занимают глиомы. Они встречаются до 45% среди всех случаев интракраниальных опухолей. Среди глиом особое место занимает наиболее злокачественная форма - глиобластома головного мозга. Ее лечение комбинированное, осуществляется оно по единой схеме, применимо к пациентам всех возрастов. Вначале проводится хирургическое удаление новообразования, затем выполняется курс дистанционной гамма-терапии или мегавольтной рентгенотерапии.

Исследование перфузии злокачественных опухолей головного мозга, напротив, позволяет получить информацию о капиллярной сети образования, гемодинамике и патофизиологических свойствах опухоли [4]. При перфузионной КТ прохождение контрастного вещества по сети капилляров отслеживается при помощи серии КТ–срезов. На основании данных об изменении плотности генерируется кривая зависимости плотности от времени. Такая кривая строится для проекций крупной внутричерепной артерии и вены, что обеспечивает выделение артериального и венозного компонента.

Перфузионная компьютерная томография головного мозга позволяет количественно определить показатели мозгового кровотока (объем мозгового кровотока, его скорость и среднее время транзита по капиллярной сети), что дает информацию о состоянии опухоли в процессе и сразу после проведенного лечения [5].

Перфузионная КТ широко применяется в ранней диагностике ишемических инсультов. Оценка перфузии в очаге поражения и прилежащих тканях дает возможность судить об эффективности лечения глиобластомы и в ранние сроки выявить прогрессирование заболевания.

**Цель исследования:** разработать информационную технологию для расчета показателей перфузионной компьютерной томографии и оценить эффективность использования предложенной программы при дифференциальной диагностике продолженного роста глиобластомы и постлучевого некроза.

**Материалы и метод.** Проведено обследование 53 пациентов (31 мужчина и 22 женщины), проходившие лечение в Самарском клиническом онкологическом диспансере в 2017-2018 г. с гистологически подтвержденным диагнозом глиобластомы G4, Средний возраст пациентов составил  $51,7 \pm 8,4$  года. Всем пациентам проводилось субтотальное удаление опухоли с последующей лучевой терапией. Облучение выполнялось на линейных ускорителях SL75-5, SLI PLUS, SLI PRECISE DIGITAL в режиме классического фракционирования (1,8-2 Гр за фракцию 1 раз в день); СОД 40 грей. Для формирования полей облучения использовалось 3D-планирование в системах Xio и Monaso на основе КТ-топометрии.

В качестве референтного теста были использованы данные биопсии с использованием глиального фибриллярного протеина (GFAP) и S100. Пациенты были разделены на две группы – с продолженным ростом (29 пациентов) и с постлучевым некрозом (24 пациента).

Пациентам обследованных групп проводилась серия перфузионных исследований в динамике. Для оценки эффективности программы использованы результаты, полученные через 3 месяца после окончания лучевой терапии. Наряду с компьютерной томографией мониторинг эффективности лечения включал стандартное МРТ-исследование с контрастированием.

Для перфузионной компьютерной томографии вводилось 50 мл изоосмолярного неионного контрастного вещества «Омнипак-300» (GE HEALTHCARE) внутривенно с помощью автоматического инъектора со скоростью 4-5 мл/с. Сканирование проводилось на компьютерном томографе GE Discovery CT750 HD через 5 секунд после проведения инъекции (80 кВ; 400 мА). Толщина срезов по 5 мм. Эквивалентная доза облучения составила 2,0–3,4 мЗв.

При создании программы анализа КТ-перфузии использован язык C++ и программное обеспечение Medical Imaging Interaction Toolkit (MITK). Разработан алгоритм на основе деконволюционного анализа [8], обеспечивающий интерактивное получение перфузионных показателей мозгового кровотока. Программа использует входные данные в формате DICOM.

Предложенная информационная технология реализована в качестве программного модуля (плагина), подключаемого к системе «Автоплан». Этот многофункциональный аппаратно-программный комплекс создан для анализа медицинских диагностических изображений, предоперационного планирования и интраоперационной навигации в Институте инновационного развития СамГМУ [9].

На первом этапе работы программы перфузионные серии объединяются в одну, которая используется для анализа. Далее устанавливается артериальный маркер на базилярную артерию и венозный маркер на венозный синус. После построения кривых, отражающих изменения концентрации контрастного вещества и оценки их качества, возможна коррекция локализации маркеров. В результате математической обработки определяется объем крови, проходящий через единицу объема ткани мозга и выполняется построение цветных перфузионных карт.

Для оценки церебрального кровотока были выбраны следующие основные параметры. Церебральный объем крови (cerebral blood volume, CBV) – общий объем крови в выбранном участке мозговой ткани. Это понятие включает кровоток как в капиллярах, так и в более крупных сосудах – артериях, артериолах, венулах и венах. Данный показатель измеряется в миллилитрах крови на 100 г мозгового вещества (мл/100г). Скорость церебрального кровотока (cerebral blood flow, CBF) – скорость прохождения определенного объема крови через заданный объем ткани мозга за единицу времени. CBF измеряется в миллилитрах крови на 100 г мозгового вещества в минуту (мл/100 г/мин.).

Локальные значения CBV и CBF вычислялись с помощью инструмента для выбора зон интереса. В зоны интереса включали область патологического очага, ориентируясь на участки изменения перфузии на параметрических картах.

**Выводы.** Разработанная информационная технология позволяет оперативно получить изображения КТ-перфузии головного мозга, провести цветное картирование кровотока и рассчитать перфузионные параметры. Преимуществом разработанной программы является ее способность выполнить обработку изображений на универсальном компьютере, используя запись томографического исследования в формате DICOM. Таким образом, существенно расширяется диапазон клинического применения ценного диагностического метода. Предложенная программа показала высокую эффективность в дифференциальном распознавании продолженного роста и постлучевого некроза у пациентов с глиобластомами.

Березина М.С., Пикалова М.В., Филимонов Е.Ю., Каганов О.И.

## **ПОЗИТРОННАЯ ЭМИССИОННАЯ ТОМОГРАФИЯ – КАК НОВЫЙ МЕТОД ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ОНКОЛОГИИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** В онкологии проблема диагностики и лечения новообразований является одной из самых трудных. У большинства больных злокачественными опухолями заболевание выявляется на поздних стадиях, а результаты их лечения остаются неутешительными. Несмотря на высокую чувствительность многих современных методов диагностики, их специфичность значительно уступает в отношении дифференциации доброкачественного и злокачественного процессов. Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) – это самый информативный и высокотехнологичный метод визуализации в лучевой диагностике на данном этапе развития, позволяющий одновременно оценить морфологическое и функциональное состояние органа на молекулярном уровне в качественной и количественной интерпретации. ПЭТ-диагностика достаточно распространена и широко используется в развитых странах во всем мире.

**Цель работы.** Оценка эффективности ПЭТ/КТ в диагностике первичного опухолевого очага, распространенности процесса, оценки эффективности противоопухолевого лечения и диагностика рецидивов.

**Материалы и метод.** В Самарской области ПЭТ-центр открылся в 2018 году. Центр расположен на территории Самарского областного онкологического диспансера и оснащен современным ПЭТ/КТ-сканером Discovery PET/CT 610. В день осуществляется прием и обследование 35-39 человек.

Используют радиофармпрепарат (РФП) 18F-фтордезоксиглюкозу (18F-ФДГ). Он удобен с точки зрения длительного периода полураспада (110 мин). Данный РФП транспортируется из г. Уфа, каждодневно в две поставки - ранним утром и в полдень. Метод ПЭТ-КТ имеет огромное значение в онкологии. Повышенный захват 18F-ФДГ используется для диагностики, стадирования, метастазирования и выявления остаточной опухоли, а также рецидивов. Накопление РФП тесно связано с количеством клеток опухоли. Снижение захвата 18F-ФДГ в процессе терапии отражает степень гибели опухолевых клеток. Количественное отражение захвата 18F-ФДГ служит ранним и чувствительным маркером опухолецидного эффекта химиотерапии. Как не все

злокачественные опухоли активно накапливают 18F-ФДГ (например, низкий захват или отсутствие захвата почечноклеточным раком, некоторыми гистологическими формами рака желудка, муцинозной карциномой, низкоккачественными саркомами и др.), так и не все анатомические зоны легко исследовать с помощью данного РФП. Отмечается повышенный захват 18F-ФДГ в доброкачественных очагах и при воспалении (с участием макрофагов). Распределение 18F-ФДГ в организме соответствует его энергорежимам. Также необходимо помнить и о локализациях физиологического накопления 18F-ФДГ. Захват и накопление в норме – в мышцах, печени, жировой ткани. Большинство сложностей и ошибок ПЭТ-диагностики объясняются анатомической бедностью ПЭТ-изображений. Многие проблемы не возникают при применении ПЭТ-КТ, где имеет место надежное анатомическое сопоставление. Поэтому при интерпретации результатов ПЭТ-исследований необходимо иметь КТ-снимки для визуального сопоставления морфологической и функциональной информации.

Показания к проведению исследований отдельных органов и систем в онкологической практике: опухоли головы и шеи, опухоли щитовидной железы, рак легкого, рак молочной железы, рак пищевода и желудка, рак толстой кишки, рак поджелудочной железы, лимфома (болезнь Ходжкина и неходжкинская лимфома), меланома, опухоли костей и мягких тканей, опухоли мочеполовой системы.

**Выводы.** Анализируя изображения ПЭТ-КТ, врач получает комплексную информацию по пациенту, благодаря чему повышается точность диагностики.

Бикинеева М.М., Мальцева Н.В., Рыбалко И.С., Торопова Н.Е.

## **УРОВЕНЬ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ И ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Проблемные патогены гнойно-воспалительных заболеваний активно внедряются во внешнюю среду отделений и участвуют в активизации процессов внутрибольничного инфицирования. Решение проблем микробной экологии отделений ЛПУ требуют принятия ряда управленческих решений (создание административной базы для реализации мероприятий, адекватное материально-техническое обеспечение, образовательные программы для персонала, разграничительные мероприятия в случаях инфицирования и т.д.), необходимы неукоснительное выполнение санитарно-эпидемического режима и непрерывный микробиологический мониторинг, оптимизация антибиотикотерапии на основе полученных данных. Всё это позволит предотвратить занос резистентных штаммов извне, исключить условия для циркуляции полирезистентных патогенов, а также создать условия, при которых внутрибольничный штамм не вышел бы за пределы стационара. (А.Ю.Миронов, С.В.Жилина, 2018г).

**Цель исследования.** Провести локальный микробиологический мониторинг приоритетных патогенов и оценка их уровня антибиотикорезистентности.

**Материалы и методы.** Биологический материал (кровь, моча, мокрота, промывные воды бронхов, отделяемое ран и др.) поступал от пациентов стационарных отделений ГБУЗ СОКОД. Бактериологические исследования по идентификации возбудителей и определение устойчивости к антибиотикам проводили на автоматизированных микробиологических анализаторах WalkAway40 производства Dade Behring (США) и Vitek2 производства BioMerieux (Франция) с использованием специальных панелей производства Dade Behring и BioMerieux, содержащих необходимый набор антибиотиков.

**Результаты.** При исследовании клинических проб биоматериала от больных за 2017-2019 годы было выделено 2015 культур. Микробиологический мониторинг выявил приоритетное этиологическое значение бактериальных осложнений патогенов 7 видов: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* sp., *Enterobacter* sp., *Staphylococcus* sp., *Enterococcus* sp. Более 80% штаммов, выделенных за

период наблюдения, представлены этими видами микробов. Им принадлежит ведущая роль в формировании микробной экологии отделений онкологического стационара.

В структуре патогенов преобладают грамотрицательных палочки – 51,7% (1040 штаммов), среди которых доминирует *Escherichia coli* - 17% (343 штамма), второе по значимости место принадлежит *Klebsiella pneumoniae* – 10% (200 штаммов), на долю *Pseudomonas aeruginosa* приходится 6,9% (140 штаммов), на долю *Acinetobacter spp.* приходится 3,4% (68 штаммов). Совокупная доля грамположительных кокков в структуре патогенов составила 37% (749 штаммов): 9,8% (198 штаммов) представлены *Staphylococcus aureus* и 8,5% (172 штаммов) - *Enterococcus faecalis*. Грибы рода *Candida* занимают 11,3%.

Объектом мониторинга антибиотикорезистентности являлись приоритетные патогены.

Уровень резистентности *Escherichia coli* в отношении цефепима, цефтазидима, цефазолина составляет 28 %, амоксициллина / клавуланата – 5 %, имипенема – 2,4 %, меропенема – 2,3%, ципрофлоксацина – 30 %, левофлоксацина – 23 %, моксифлоксацина – 23%, амикацина – 2 %, тобрамицина – 4,5 %, триметоприм/сульфаметоксазола- 11,4%.

Уровень резистентности изолятов *Klebsiella pneumoniae* в отношении цефепима, цефтазидима, цефазолина составляет 39 %, амоксициллина / клавуланата – 30%, имипенема – 9 %, меропенема – 9 %, ципрофлоксацина – 30 %, левофлоксацина – 19 %, моксифлоксацина – 19%, амикацина – 3,8 %, тобрамицина – 16 %, триметоприм/сульфаметоксазола- 30%.

Среди приоритетных неферментирующих грамотрицательных бактерий наиболее высокий уровень резистентности выявлен среди штаммов *Pseudomonas aeruginosa* и *Acinetobacter sp.*

Уровень резистентности *Pseudomonas aeruginosa* в отношении амикацина - 9,7%, тобрамицина - 10%, цефепима - 19%, цефтазидима – 21%, левофлоксацина - 44,5%, ципрофлоксацина - 16%, имипенема - 60%.

Уровень резистентности *Acinetobacter spp.* в отношении амикацина - 44%, тобрамицина - 15%, цефтазидима – 57%, левофлоксацина - 50%, ципрофлоксацина - 68%, имипенема - 70%.

В рамках эпидемиологического исследования «Оценка чувствительности клинических изолятов *Enterobacterales* и *Pseudomonas aeruginosa* к цефтазидиму/авибактаму в России с помощью диско-диффузионного метода»

проводилось определение чувствительности изолятов *Enterobacterales* и *Pseudomonas aeruginosa* к цефтазидиму/авибактаму. Активность вышеуказанного антимикробного препарата составила 100%.

Уровень резистентности *Staphylococcus aureus* в отношении эритромицина составляет 15%, клиндамицина – 12,5%, цiproфлоксацина - 16%, оксацилина - 18 %, линезолида и ванкомицина 0%.

**Выводы.** 1. *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* sp., *Enterobacter* sp., *Staphylococcus* sp., *Enterococcus* sp. являются приоритетными патогенами у больных стационарных отделений онкологического стационара. 2. В структуре патогенов преобладают грамотрицательных палочки – 51,7% 3. Чувствительности изолятов *Enterobacterales* и *Pseudomonas aeruginosa* к цефтазидиму/авибактаму составила 100%.

Блинов Н.В., Каганов О.И., Фролов С.А., Козлов А.М.

## **РОЛЬ МЕХАНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность:** В течение многих лет ведутся дискуссии по оптимизации способа подготовки толстой кишки к операции. Многие авторы склоняются к тому, что предоперационная механическая подготовка кишечника не демонстрирует значимой пользы в сравнении с пациентами, кому не проводилась данная подготовка. Более того в ряде исследований было продемонстрировано, что механическая подготовка толстой кишки может являться причиной возникновения послеоперационных осложнений, связанных с дегидратацией и возникновением электролитных нарушений.

**Цель исследования:** Оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов, которым перед операцией проводилась механическая подготовка толстой кишки.

**Материалы и метод.** В данное исследование вошли 40 пациентов. Основная группа 18 пациентов, 8 мужчин (44,4%) и 10 (55,5%) женщин. Группа контроля – 22 пациента, 10(45,5%) мужчин и 12 (54,5%) женщин. Средний возраст в обеих группах составил  $66,1 \pm 3,6$  лет. По данным предоперационного МРТ органов малого таза у всех пациентов, включенных в исследование, опухоль располагалась в среднеампулярном отделе прямой кишки, степень локальной опухолевой инвазии соответствовала сТ3-Т4а. На дооперационном этапе все пациенты получали химиолучевую терапию. За день до операции, пациентам основной группы выполнялась механическая подготовка толстой кишки, пациентам контрольной группы проводилась подготовка толстой кишки традиционным способом- постановкой очистительных клизм. Пациентам обеих групп выполнялась передняя резекция прямой кишки с формированием превентивной трансверзостомы.

**Результаты исследования.** Медиана наблюдения составила 1,5 года. Статистически значимых различий в частоте послеоперационных осложнений за 30-ти дневный период между группами исследования выявлено не было. Нескорректированное отношение рисков смерти от всех причин для пациентов основной группы составил 0,72 (95% CI, 0,58 – 0,92). Многофакторный анализ с поправкой на возраст, пол, стадию

заболевания показал, что механическая подготовка толстой кишки не оказывает независимого влияния на смертность от всех причин (HR 0,86, 0,66 - 1,12).

**Выводы.** Применение механической подготовки толстой кишки перед операцией не оказывает влияния на ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Вишняков В.А., Шатилова С.В., Тимирбулатов Т.Ш.

## **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕКТИВНОЙ СОРБЦИИ ЭНДОТОКСИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА У БОЛЬНЫХ В ОРИТ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Лечение сепсиса является одной из наиболее важных проблем современной медицины в силу неуклонной тенденции к росту заболеваемости и обусловленной ею стабильно высокой летальности. В патогенезе сепсиса играет важнейшую роль эндотоксин - липополисахарид клеточной стенки грамотрицательных бактерий. Образующиеся при лизисе бактериальных клеток липополисахариды, содержащие А-липид, активируют макрофаги, лимфоциты, тромбоциты и другие иммунокомпетентные клетки с генерированием про- и противовоспалительных медиаторов. Этиотропное лечение сепсиса включает хирургическую санацию очагов инфекции и антимикробную химиотерапию. Применение антибиотиков в течение первого часа после развития гипотензии связано с выживаемостью в 79,9%. Бактерицидные антибиотики, вызывая лизис микроорганизмов, приводят к увеличению концентрации эндотоксина в крови. Успешное лечение сепсиса предполагает не только элиминацию самих бактерий, но и устранение эндотоксинемии. Поэтому в комплексной терапии сепсиса в последние годы все чаще стали применяться экстракорпоральные методы очищения крови, среди которых особое место заняли сорбционные технологии, в частности LPS-адсорбция. Данный метод обладает способностью удалять из крови циркулирующий эндотоксин, предотвращая развитие каскада воспалительных реакций.

**Материалы и метод.** Сорбенты, предназначенные для селективного удаления эндотоксина обладают всеми необходимыми свойствами для проведения эффективного и безопасного лечения сепсиса: высокая адсорбционная способность и темп сорбции, структурная стабильность, совместимость с кровью (отсутствие механического и химического повреждения крови). Лечебное действие селективной гемосорбции проявляется в элиминации эндотоксина как из циркулирующей крови, так и из интерстициального сектора. Колонка LPS Adsorber состоит из 20 полиэтиленовых пластин, на которых иммобилизован специальный пептид НАЕ 27, способный адсорбировать эндотоксин.

**Результаты исследования.** В ОРИТ ГБУЗ СОКОД было проведено 3 процедуры селективной сорбции. Показаниями к применению процедур селективной LPS-адсорбции

явились развитие септического шока, вызванного грамотрицательными возбудителями. Мы провели две процедуры с применением колонки Altesco одному пациенту в течении 2 суток, 2 сеанса, длительностью по 6 часов. Для проведения процедур использовался аппарат Multifiltrate (Fresenius, Германия). Скорость перфузии составляла 100 мл/мин., антикоагуляция осуществлялась гепарином в дозе 10-20 Ед/кг/ч под контролем времени свертывания крови и АЧТВ. Для обеспечения адекватного сосудистого доступа при проведении селективной ЛПС- адсорбции всем больным производили катетеризацию центральной вены по методу Сельдингера двухпросветными катетерами. До и после ЛПС сорбции пациенту проводилась процедура ГДФ. После проведения ЛПС сорбции потребность в проведении заместительной почечной терапии отпала. Другому пациенту у которого еще был и инфаркт миокарда, была проведена селективная сорбция с использованием колонки Эфферон, длительность составила 12 часов. Проведение процедуры ЛПС сорбции позволило стабилизировать гемодинамику, уменьшить уровень лактата, снизить значительно уровень тропонина.

**Выводы.** Своевременное и по показаниям применение селективной сорбции эндотоксина позволяет купировать проявления септического шока и предотвратить развитие ПОН, снизить потребность в заместительной почечной терапии.

Воздвиженский М.О., Блинов Н.В., Фролов С.А., Козлов А.М.

## **ВЛИЯНИЕ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность:** По данным различных отечественных и зарубежных авторов лечение пожилых пациентов с онкологическими заболеваниями ассоциировано с более высоким риском смертности. Большинство авторов сходится в едином мнении, что нутритивная недостаточностью играет одну из главных причин в смертности от рака. Для оценки нутритивного статуса пациента в повседневной клинической практике используют целый комплекс соматометрических и клинико-лабораторных параметров. Опросник (PG-SGA) глобальная субъективная оценка был разработан специально для нутритивной оценки онкологических больных, по мнению многих авторов именно в опроснике (PG-SGA) детально оценивается большинство факторов, влияющих на метаболизм, а также параметров, отражающих изменения метаболических процессов.

**Цель исследования:** оценить общую выживаемость выживаемости пожилых пациентов с колоректальным раком и связь данного показателя с индексом массы тела (ИМТ) и показателем опросника (PG-SGA) глобальная субъективная оценка.

**Материалы и метод.** В исследовании приняли участие 90 пациентов, получавших лечение в ГБУЗ СОКОД с 2017 по 2020 годы по поводу рака прямой кишки. Соотношение мужчин и женщин – 51(56,6%) и 49 (54,4%) соответственно, средний возраст составил  $70,1 \pm 4,3$  года. Всем пациентам при поступлении определялся индекс массы тела (ИМТ), проводилась оценка по опроснику (PG-SGA). У всех пациентов, включенных в исследование, степень локальной опухолевой инвазии соответствовала Т3-Т4, опухоль располагалась в верхнеампулярном отделе прямой кишки. По данным предоперационного обследования не было получено данных за наличие измененных регионарных лимфоузлов. Пациенты, включенные в исследование не получали неоадьювантное и адьювантное лечение.

**Результаты исследования.** По данным обследования у 17,2% был снижен ИМТ, у 56% был нормальный ИМТ и 26,8% имели избыточный вес. На момент проведения анализа ни в одной из групп не было достигнуто медианы общей выживаемости.

По данным PG-SGA - 79.9% не нуждались в нутритивной поддержке (PG-SGA A); 23,4% пациентов нуждались в дополнительной нутритивной поддержке (PG-SGA B), а 3,3%

нуждались в срочной нутритивной поддержке (PG-SGA C). В группе с PG-SGA A на момент проведения анализа общая медиана выживаемости не была достигнута, в группе PG-SGA B и группе PG-SGA C общая медиана выживаемости составила 18,7 и 6,7 месяцев соответственно. Тяжелая недостаточность питания (SGA C), по сравнению с PG-SGA A, была связана с относительным риском смерти 12,04 (95% доверительный интервал [CI], 3,43-42,19,  $P < .001$ ).

**Выводы.** Опросник «Глобальная субъективная оценка» (PG-SGA) имеет значимое влияние в определении нутритивной недостаточности у пожилых пациентов с колоректальным раком, PG-SGA C ассоциировано с худшей выживаемостью.

Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Трубин А.Ю., Козлов С.В.,  
Золотарева Т.Г., Базыкина В.Е.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПОЧКИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»  
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России*

**Актуальность:** выполнение нефрэктомии при метастатических опухолях единственной почки создаёт ренопривное состояние с последующим переводом пациента на гемодиализ, что существенно снижает качество жизни. Одним из приоритетных направлений при данном заболевании в настоящее время является разработка органосохраняющих методов лечения.

**Цель исследования:** демонстрация клинического наблюдения, хирургического лечения в моно-режиме при лечении метастатического рака единственной почки.

**Материалы и методы:** пациентка Б., 54 года, с диагнозом рак левой почки T2N0M0. Операция – радикальная нефрэктомия слева в 2005г. Прогрессия заболевания в 2015г. - метастазы в правую почку и поджелудочную железу. Выполнена симультанная экстракорпоральная резекция правой почки с аутотрансплантацией в контралатеральную область, дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы. Прогрессия заболевания в 2017г. – метастазы в V ребро слева. Выполнено удаление опухоли грудной стенки слева с резекцией V ребра. Прогрессия заболевания в 2018г. - метастазы в правую околоушную слюнную железу. Операция – резекция правой околоушной слюнной железы. Отметим, что за все время лечения, проведения лекарственной терапии не потребовалось. Однако, в марте 2020 г., вновь диагностирована прогрессия заболевания в виде метастазов в единственную правую почку, печень, плевру слева, поджелудочную железу и, впервые, пациентке было показано лекарственное лечение, в связи с чем назначена иммунотерапия интерфероном-альфа в комбинации ингибитором человеческого фактора роста сосудистого эндотелия.

**Результаты исследования:** в приведенном клиническом наблюдении, продемонстрированы широкие возможности хирургического лечения метастатического рака почки.

**Выводы:** На протяжении 15 лет удавалось контролировать злокачественный процесс. Лекарственное лечение до последнего момента рассматривалось в качестве резервного метода лечения.

Воздвиженский М.О., Исаргапов Р.М., Горбачев А.Л., Фольц А.В., Борзенкова Е.В.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭКСТРАПРОСТАТИЧЕСКОЙ ИНВАЗИИ В КАЧЕСТВЕ ПРЕДИКТОРА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Рак предстательной железы в настоящее время является одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований среди мужского населения во всем мире. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями среди мужского населения России по данным за 2018 г. рак предстательной железы занимает 2 место (14,9 %): в 2018 г. в РФ выявлено 42518 случаев, в Самарской области 1297 впервые в жизни установленных диагнозов рак предстательной железы. Впервые выявленный рак простаты в стадии Т3 в РФ составляет 21,5%, в Самарской области 17,3%.

**Цель исследования.** Целью нашего исследования является оптимизация лечения больных раком предстательной железы группы высокого риска прогрессирования с помощью оценки распространенности экстрапростатической инвазии в качестве предиктора выживаемости.

**Материалы и метод.** В исследование включено 107 пациентов с диагнозом рак предстательной железы pT3a-bN0M0G2-4 3 ст. Критерием включения в исследование было наличие клинической стадии Т3а-Т3b, при отсутствии регионарного и отдаленного метастазирования. Диссеминация онкологического процесса исключена по данным инструментальных методов обследования (ТРУЗИ, МРТ, сцинтиграфия костей скелета) и по результатам патоморфологического исследования. Сформировано 2 группы пациентов, – это группа пациентов, подвергнутых хирургическому лечению в объеме радикальная позадилонная простатэктомия - 40 пациентов, а также группа пациентов, которым после радикальной позадилонной простатэктомии проведена лучевая терапия в СОД 66-72 ГР – 67 пациентов. Пациенты с фокальным распространением экстрапростатической инвазии были выделены в дополнительные подгруппы, вторую подгруппу составили пациенты с диффузным распространением экстрапростатической инвазией и пациенты с инвазией в семенные пузырьки. Данные группы были анализированы по таким отдаленным показателям, как общая выживаемость, канцер-специфическая выживаемость, безрецидивная выживаемость.

**Результаты исследования.** В группе хирургического лечения в качестве монотерапии показатели 8 летней общей выживаемости составили 66%, выживаемости без прогрессии 55 %, канцер-специфической выживаемости 82 %. В группе хирургического лечения с лучевой терапией показатели 8 летней общей выживаемости составили 84%, выживаемости без прогрессии 70 %, канцер-специфической выживаемости 93%. При сравнении в данных группах пациентов с фокальным распространением экстрапростатической инвазии статистически значимой разницы не выявлены - общей выживаемости  $p=0,535$ , выживаемости без прогрессии.  $p=0,198$ , канцер-специфической выживаемости  $p=0,328$ .

**Выводы.** Применение хирургического метода в комбинации с лучевой терапией улучшает показатели общей и канцер-специфической выживаемости. Применение адъювантной лучевой терапии снижало риски прогрессирования (общая выживаемость  $p=0,024$ , канцер-специфическая выживаемость  $p<0,041$ , безрецидивная выживаемость  $p<0,026$ ). Фокальное распространение экстрапростатической инвазии не является показанием к проведению адъювантной лучевой терапии. Применение адъювантной лучевой терапии снижало риски прогрессирования (общая выживаемость  $p=0,024$ , канцер-специфическая выживаемость  $p<0,041$ , безрецидивная выживаемость  $p<0,026$ ).

Воздвиженский М.О., Исаргапов Р.М., Горбачев А.Л., Хакимов В.Г., Боряев А.Н.

## **ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность:** Рак предстательной железы в настоящее время является одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований у мужчин среднего и пожилого возраста. Наиболее высокая заболеваемость отмечается в индустриально развитых странах, в первую очередь США, Канаде и государствах Европейского Союза, наиболее низкая - в странах Азии. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями среди мужского населения России по данным за 2018г. рак предстательной железы занимает 2 место. Столь широкое распространение рака предстательной железы ставит его в ряд наиболее важных социальных проблем современной медицины.

**Цель исследования.** Изучить отдаленные результаты лечения пациентов группы высокого риска прогрессирования рака предстательной железы с учетом количества факторов риска и метода лечения.

**Материалы и метод.** В ретроспективное исследование включено 107 пациентов с диагнозом рак предстательной железы pT3a-bN0M0G2-4 3 ст., лечившихся в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере в 2010-12гг. Критерием включения в исследование было наличие клинической стадии T3a-T3b. Пациентам исключен метастатический процесс. Сформировано 2 группы пациентов в зависимости от метода лечения - хирургическое лечение в объеме радикальная позадилоная простатэктомия с адъювантной лучевой терапией и без неё. При разделении пациентов относительно количества факторов риска прогрессирования у 64 пациентов выявлен один фактор риска, у 37 пациентов два фактора риска, в 6 случаях определены три фактора риска. Группы сопоставимы по уровню ПСА, показателю Глисона. Учитывая отбор пациентов к проведению оперативного лечения различие по возрасту не являлось критерием исключения. Изучена общая выживаемость, канцер-специфическая выживаемость, безрецидивная выживаемость.

**Результаты исследования.** По данным лог-ранг теста при наличии одного, двух и трех факторов риска при сравнении показателей общей выживаемости в группах статистической значимой разницы не выявлено ( $p=0,125$ ,  $p=0,128$  и  $p=0,302$ ). Наличие одного, двух и трех факторов риска при сравнении показателей канцер-специфической

выживаемости в группах статистической значимой разницы не выявлено ( $p=0,092$ ,  $p=0,351$  и  $p=0,302$ ). При наличии двух и трех факторов показатели безрецидивной выживаемости статистически выше в группе хирургического метода лечения с адъювантной лучевой терапией ( $p=0,049$ ,  $p=0,025$ ).

**Выводы.** Количество факторов риска является важным независимым предиктором отдаленных результатов лечения. Наличие трех факторов риска повышало вероятность ухудшения прогноза по сравнению с одним фактором риска (общая выживаемость  $p=0,015$ , канцер-специфическая выживаемость  $p<0,001$ , безрецидивная выживаемость  $p<0,001$ ) и двух факторов (общая выживаемость  $p=0,040$ , канцер-специфическая выживаемость  $p<0,001$ , безрецидивная выживаемость  $p=0,004$ ). Применение адъювантной лучевой терапии снижало риски прогрессирования (общая выживаемость  $p=0,024$ , канцер-специфическая выживаемость  $p<0,041$ , безрецидивная выживаемость  $p<0,026$ ).

Воздвиженский М.О., Щукин В.Ю., Баляева А.Ю.

## **ОЦЕНКА ПЯТИЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Пограничные (низко злокачественные) эпителиальные опухоли яичников составляют от 4 до 20% в структуре всех гистологических типов злокачественных новообразований данной локализации. Весьма важным следует считать и то обстоятельство, что большинство пациенток с данной патологией находятся в репродуктивном возрасте, и, к сожалению, у многих из них ко времени установления диагноза репродуктивная функция остается не реализованной. Потому вопросы сохранения фертильности у женщин молодого возраста при лечении пограничных опухолей яичников представляют собой не только медицинскую проблему, но в определенной мере имеют и социальное значение.

**Цель исследования.** Оценить пятилетнюю выживаемость пациенток с диагнозом пограничная опухоль яичника после органосохраняющих операций.

**Материалы и метод.** Исследование основано на ретроспективном анализе результатов лечения 50 больных пограничными злокачественными опухолями яичников, жительниц города Самара, лечившихся в период с января 2010 по декабрь 2018 г.г. Средний срок наблюдения составил 60 мес.

Первичная диагностика включала физикальный и гинекологический осмотр, морфологическое исследование соскобов из полости матки и цервикального канала, УЗИ органов брюшной полости, малого таза, колоноскопию, фиброгастроудоденоскопию, определение уровня СА-125.

Хирургическое лечение в самостоятельном варианте предпринято у 48 (96%) пациенток. В эту группу вошли все наблюдения с Ia - IIb стадией заболевания. В 2 (4%) случаях при Ic стадиях болезни оперативное вмешательство дополнено курсами адъювантной комбинированной химиотерапии

Основным типом органосохраняющей операции была аднексэктомия на стороне поражения, дополненная резекцией противоположного яичника с целью его биопсии и резекцией большого сальника (n= 50, 100%).

**Результаты исследования.** В процессе диспансерного наблюдения у 4 (8%) пациенток при контрольных ультразвуковых исследованиях органов малого таза были

выявлены кистозные образования в сохраненном яичнике. Во всех случаях проведено хирургическое лечение, при гистологическом исследовании рецидив не подтвержден. В одном случае (2%) пациентке выполнено удаление метастатической опухоли клетчатки малого таза.

Репродуктивная функция выполнена у 23 пациенток(46%). Беременность и родоразрешение протекали без особенностей.

**Выводы.** Органосохранное хирургическое лечение не увеличивает вероятность рецидива пограничной опухоли яичника, но сохраняет репродуктивную функцию. Пятилетняя выживаемость больных пограничными опухолями всех гистологических типов, по данным нашего исследования, составила 100%, что говорит о том, что аднексэктомия(цистэктомия) на стороне поражения, дополненная резекцией противоположного яичника(по показаниям) и резекцией большого сальника является оптимальным методом лечения при данном диагнозе.

Голованова Т.В., Сивохина Т.А., Золотарева Т.Г.

## **РОЛЬ ВРАЧА - ДЕРМАТОЛОГА В РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер*

**Актуальность.** В настоящее время в рамках медицинской реабилитации онкологических пациентов нередко существует необходимость в привлечении специалиста в области дерматологии для оказания своевременной профессиональной помощи по проблемам, возникающим во время проведения противоопухолевого лечения. Зачастую нежелательные кожные реакции могут приводить к редукции дозы лечебного препарата и/или отмене лучевой, химиотерапии, тем самым ставя под угрозу эффективность лечения в целом.

**Цель исследования.** Оценить роль врача- дерматолога в реабилитации онкологических больных, сталкивающихся с различными побочными кожными проявлениями лечения основного заболевания.

**Материалы и методы.** Все изменения на коже во время противоопухолевого лечения можно разделить на несколько групп: лучевые реакции (ранние, поздние, поствоспалительная пигментация, алопеция); кожная токсичность при таргетной и химиотерапии (выраженный ксероз, акнеподобная сыпь, аллергический дерматит, ладонно-подошвенный синдром, паронихии); реакции на коже на фоне лимфостаза (рожистое воспаление, фолликулит, сосудистые проявления, аллергические реакции); эстетика послеоперационного рубца; прогрессия онкологического процесса в кожу.

За 2019 год и 6 месяцев 2020 года нами проанализированы результаты лечения 72 онкологических пациентов с осложнениями противоопухолевого лечения в виде кожной патологии различной степени тяжести. Из них, 7 пациентов имели крайне выраженные кожные проявления. У этой категории больных стоял вопрос о целесообразности продолжения дальнейшего лечения. Всем пациентам, после консультации дерматолога, была назначена соответствующая терапия.

**Результаты исследования.** Результаты лечения больных оценивались по следующим критериям: клиническое выздоровление, улучшение, без эффекта. Таким образом, клиническое выздоровление наблюдалось у 37% больных, улучшение - у 60% и лишь у 3% - лечение оставалось без эффекта.

**Выводы.** Кожные реакции негативно отражаются на качестве жизни пациентов, включая их физическое и психологическое самочувствие, эмоциональную и социальную

адаптацию. Так же эти реакции могут приводить к редукции дозы лечебного препарата или отмене терапии, тем самым ставя под угрозу противоопухолевую эффективность лечения. Своевременное и эффективно оказание дерматологической помощи является залогом дальнейшего успешного противоопухолевого лечения.

Горбунов М.В.

## **CANCER IN SITU МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ**

*ГБУЗ «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность:** по статистике (по разным источникам) неинвазивный рак молочной железы удастся выявить на догоспитальном этапе у 3-10% пациенток.

**Цель исследования:** увеличить выявляемость неинвазивного рака молочных желез на догоспитальном этапе, за счет правильной и полной диагностики, для более четкого прогнозирования объема оперативного лечения и, как следствие, повышения выживаемости.

**Материалы и метод.** В исследовании принимало участие 20 пациенток. Проведено 20 заборов мазков выделений из сосков, 20 тонкоигольных биопсий и 17 трепан-биопсий внутрипротоковых образований молочных желез. Все пациентки имели выделения из сосков. Сначала выполнялся мазок-отпечаток выделений из соска молочных желез. Затем проводилась тонкоигольная аспирационная биопсия внутрипротоковых образований, а через 1 неделю выполнялась трепан-биопсия данных участков. После чего пациентки проходили хирургическое лечение-широкая секторальная резекция центрального квадранта. Полученные результаты систематизировались и подвергались анализу. Все биопсии выполнялись одним специалистом на одном УЗ аппарате. Так же в данном исследовании применялись иные методы диагностики: УЗИ, Маммография, Дуктография и МРТ молочных желез.

**Результаты исследования.** У всех из 20 исследуемых пациенток цитологически по мазкам подтверждалась болезнь Минца (внутрипротоковый папилломатоз), что и являлось критерием отбора на дальнейшее исследование. У 15 из 20 пациенток при УЗИ визуализировались единичные или множественные внутрипротоковые образования. При выполнении тонкоигольной аспирационной биопсии видимых внутрипротоковых образований из 15 пациенток цитологическое подтверждение диагноза(папиллома) было у четырех. Цитологическая картина остальных 11 пациенток отображала лишь нормальное содержимое протока. Из тех же 15 пациенток при выполнении последующей трепан-биопсии (тех же участков) гистологически была подтверждена внутрипротоковая папиллома у 8 пациенток. У 3 пациенток был выявлен неинвазивный внутрипротоковый рак молочной железы. У 4 пациенток морфологически была верифицирована апокринизация стенки протоков. При исследовании послеоперационного материала у 12

пациенток подтвердилась болезнь Минца, у 5 верифицированы единичные цистаденопапилломы, у двух пациенток неинвазивный протоковый рак и у одной инвазивный рак молочной железы (pT1aN0).

**Выводы.** При диагностике внутрипротоковых образований с синдромом патологической секреции первым и обязательным методом является мазок-отпечаток отделяемого соска молочной железы, после цитологического подтверждения или подозрения более информативным методом верификации является трепан-биопсия. Ранняя и более точная верификация позволяет быстрее и, главное, правильное сориентироваться по объёму дообследования и лечения. А так же позволяет избежать «промежуточных» операций, что положительно влияет на работу врача и здоровье пациентки.

Егорова А.Г., Орлов А.Е., Козлов С.В., Сомов А.Н., Липина Ю.В.

## **ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ АНАЛИЗА ПРИЧИН ЗАПУЩЕННОСТИ И МЕТОДОВ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ В ГБУЗ СОКОД**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»  
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России*

**Введение.** С целью снижения показателей запущенности и увеличения активной выявляемости в ГБУЗ СОКОД специалистами организационно-методического отдела проводится ежеквартальная сверка протоколов запущенности и аналитических карт активно выявленных пациентов. С января 2020 министерство здравоохранения Самарской области ежемесячно проводит мониторинг основных качественных показателей деятельности медицинских организаций региона. В связи с этим было принято решение проводить ежемесячно сверку протоколов запущенности и аналитических карт активно выявленных.

**Цель исследования.** Оперативная оценка деятельности медицинских организаций с целью снижения показателя запущенности и роста активной выявляемости ЗНО.

**Задачи.** Оценить динамику показателя запущенности и активной выявляемости после перехода на ежемесячный формат сверки.

**Материалы и методы исследования.** В популяционном раковом регистре ГБУЗ СОКОД ведется база данных онкологических больных Самарской области. Ежедневно в раковый регистр поступают извещения о больных с впервые выявленном заболевании, при наличии запущенности – протокол запущенности. Ежемесячно выгружаются списки запущенных больных, которые отправляются по VIPNet в первичные онкологические кабинеты. Составляется график сверки всех лечебных учреждений. Онкологи медицинских учреждений по спискам присылают аналитические карты для изучения обстоятельств выявления запущенной формы ЗНО, где подробно описывают даты обращения и результаты обследования пациентов. Далее, специалистом организационно-методического отдела вместе с онкологом медицинской организации проводится анализ аналитических карт запущенности, при котором определяется причина запущенности: скрытое течение, несвоевременное обращение или дефект ЛПУ. Аналогичным образом проводится анализ посметноучтенных больных. Вместе с тем, онкологи медицинских организаций присылают аналитические карты активно выявленных больных, где указывают метод выявления ЗНО (смотровой кабинет, профилактическое исследование, диспансеризация больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями и т.д.).

Специалисты организационно-методического отдела ГБУЗ СОКОД проводят анализ этапов обращений пациентов за медицинской помощью и согласовывают метод активного выявления.

Сравнивая показатели запущенности и активной выявляемости видна положительная тенденция. По Самаре показатель запущенности за 6 месяцев 2019 года составил 29,1%, 6 месяцев 2020 года – 29,0%, показатель активной выявляемости – 12,4% и – 21,4% соответственно. По сельским районам запущенность за 6 месяцев 2019 года – 34,2%, в 2020 году – 29,3%, активная выявляемость – 10,9% и – 23,4%. Итого по городам запущенность за 6 месяцев 2019 года составила – 27,5%, в 2020 году – 27,0%, активная выявляемость – 13,0% и 20,7%.

**Выводы.** Таким образом, усовершенствованный порядок проведения сверки положительно повлиял на показатели запущенности и активной выявляемости.

Закамова Е.В., Торопова Н.Е., Горина А.О., Ярыгина А.В.

## **ОСОБЕННОСТИ РАЗРАБОТКИ И ВВЕДЕНИЯ СТАНДАРТНЫХ ОПЕРАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ГБУЗ СОКОД**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Одним из основных законов Российской Федерации, регулирующим деятельность здравоохранения страны и определяющим основные права граждан в этой важнейшей сфере является Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статьи 10, п.п.4 и 64, п.п.2 ФЗ №323 устанавливают, что доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются применением порядков и стандартов медицинской помощи, и критерии оценки качества медицинской помощи также формируются на основе соответствующих порядков и стандартов медицинской помощи. В этой связи появляется большое число надлежащих медицинских практик, отраслевых стандартов, которые призваны обеспечивать безопасность и строить систему управления качеством на уровне медицинской организации и лабораторной службы в частности. Сегодня стандартизация является основой для работы по обеспечению безопасности пациентов, и именно стандартизация обеспечивает условия для постоянного соблюдения высокого качества на всех этапах процесса клинического лабораторного исследования. Стандартизация процессов в лаборатории с помощью стандартных операционных процедур (СОП), регламентов и алгоритмов помогает контролировать работу персонала, повышать результативность работы, своевременно реагировать на изменения, минимизировать риски.

**Материалы и метод.** СОП лаборатории – это документально оформленные инструкции по выполнению рабочих процедур или, иными словами, формализованные алгоритмы выполнения действий. СОП делает процесс работы последовательным и согласованным, а результаты работы предсказуемыми и воспроизводимыми.

Особенности разработки и введения СОП в клиничко-диагностической лаборатории (КДЛ) ГБУЗ СОКОД: 1.В процессе создания СОП задействованы все сотрудники лаборатории, принимающие участие в описываемом лабораторном процессе. В соответствии с профессиональным стандартом специалиста в области клинической лабораторной диагностики, утвержденным Приказом №145н от 14.03.2018 г. Министерства труда и социального развития России, разработчиками СОП являются

врачи клинической лабораторной диагностики и биологи лабораторий. Автор СОП должен иметь надлежащие знания и опыт в отношении той лабораторной процедуры, для которой создается СОП. В каждой СОП должны быть прописаны область ее применения и цель разработки, нормативные ссылки, требования к компетентности персонала, необходимые ресурсы и технологии для реализации указанного процесса, а также подробно описан порядок проведения процедуры, в который входит подготовка к выполнению процедуры, выполнение процедуры, завершение процедуры, показатели качества выполнения работы. В СОП должны присутствовать цветные фотографии, наглядно демонстрирующие процесс правильного выполнения различных этапов лабораторной процедуры.

2. После написания СОП проверку подготовленного документа проводят на практике непосредственные пользователи. Заведующий КДЛ и руководители групп проверяют адекватность описания конкретного лабораторного процесса. В соответствии со стандартом организации СТО ГБУЗ СОКОД 009 от 21.12.18 «Стандартные операционные процедуры. Порядок разработки и обращения» руководители и ответственные лица заинтересованных структурных подразделений ГБУЗ СОКОД (отдела экспертизы качества медицинской помощи, службы охраны труда, юридического отдела и др.) проверяют соответствие СОП требованиям действующих нормативных документов.

3. После проверки всеми заинтересованными и должностными лицами автор СОП вносит в первоначальный вариант изменения, в соответствии с высказанными замечаниями и распечатывает окончательный вариант СОП в цветном варианте.

4. Окончательный вариант СОП проходит процедуру согласования и подписания его должностными лицами. Главный врач ГБУЗ СОКОД после согласования утверждает СОП.

5. Утвержденные главным врачом ГБУЗ СОКОД, ставшие актуальными варианты СОП хранятся в отсканированных электронных файлах (разрешенных только для чтения) в электронной папке ИСО СМК на внутреннем сайте ГБУЗ СОКОД. Подлинники (оригиналы) находятся в группе лабораторного контроля КДЛ. Сотрудники группы лабораторного контроля (ГЛК) распечатывают необходимое количество копий актуальных СОП, соответствующее числу рабочих мест, использующих данные СОП. Выпущенные копии СОП учитываются в «Перечне СОП клинко-диагностической лаборатории» с указанием местонахождения СОП. На всех копиях СОП ставится штамп «Учтено» в соответствии с СТО ГБУЗ СОКОД 009-2018 «Стандартные операционные процедуры. Порядок разработки и обращения».

6. ГЛК ОКЛИ составляет и отслеживает график разработки СОП по лабораториям с указанием фамилии и должности лица, ответственного за разработку процедуры, даты сдачи готового документа в группу

лабораторного контроля КДЛ для проверки и дальнейшего согласования с руководителями и ответственными лицами заинтересованных структурных подразделений ГБУЗ СОКОД. ГЛК КДЛ разработан журнал мониторинга этапов внедрения каждой СОП.

В процессе согласования лабораторных СОП у руководителей и ответственных лиц отдела экспертизы качества медицинской помощи, юридического отдела и других заинтересованных структурных подразделений ГБУЗ СОКОД наиболее часто возникали замечания по следующим разделам: актуальность нормативной документации, на которую идет ссылка в СОП; полнота указанных проблем, возникновение которых возможно при эксплуатации оборудования, непосредственно используемого при проведении описываемой в СОП процедуры; подробное описание средств и способов индивидуальной защиты при проведении каждого этапа описываемой лабораторной процедуры; необходимость переработки СОП в более широкую форму - стандарта организации (СТО) - с созданием конкретных схем взаимодействия лабораторных процессов с рабочими процессами отделов и отделений ГБУЗ СОКОД, особенно на пре- и постаналитическом этапах.

**Выводы.** Разработка и пересмотр СОП в клинико-диагностической лаборатории – это непрерывная работа, позволяющая стандартизовать конкретные лабораторные процессы, налаживать согласованность действий на стыке лабораторных процессов и рабочих процессов в отделениях и отделах ГБУЗ СОКОД. Конкретная практическая повседневная работа по разработке СОП в КДЛ, где хорошо известны и сильные, и слабые стороны рабочего процесса, где наиболее остро воспринимается все, что мешает успешному лабораторному анализу, где наиболее четко видна как техническая, так и человеческая причина несоответствий является основой для совершенствования деятельности лаборатории.

Зубарева Л.Н., Платонова И.М., Вишняков В.А.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ В ОРИТ ГБУЗ СОКОД**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Неинвазивная вентиляция легких (НИВЛ) является вариантом респираторной поддержки без инвазивного доступа (через носовые или лицевые маски, шлемы), с использованием всех известных вспомогательных режимов вентиляции. Неинвазивная вентиляция легких стала широко распространенным методом терапии острой дыхательной недостаточности. Дыхательная недостаточность – состояние организма, при котором не обеспечивается поддержание нормального газового состава артериальной крови, либо оно достигается за счет повышенной работы внешнего дыхания, приводящей к снижению функциональных возможностей организма, либо поддерживается искусственным путем. В ряде клинических ситуаций НИВЛ имеет неоспоримые преимущества перед традиционной искусственной вентиляцией легких (ИВЛ), так как приводит к снижению частоты нозокомиальных инфекций, осложнений и летальности. Основными преимуществами НИВЛ являются сохранение сознания, возможность принимать пищу, отсутствие необходимости седации и миорелаксации пациента, отсутствие осложнений от интубации трахеи и длительного нахождения эндотрахеальной трубки, уменьшение частоты нозокомиальных инфекций, неинвазивный характер процедуры и ее простота.

**Материалы и метод.** В условиях отделения ОРИТ ГБУЗ СОКОД НИВЛ проводилось на аппаратах Maquet Servo Air и Drager Evita XL. Маски для неинвазивной вентиляции используются Dreger NovaStar TS. Режимы НИВЛ соответствовали режимам «инвазивной» ИВЛ (BiPAP? CPAP+PS). В первые часы вспомогательная неинвазивная вентиляция легких должна проводиться в постоянном режиме. Далее, после постепенного снижения респираторной поддержки, возможен переход на НИВЛ сеансами по 3-6 часов в день вплоть до полной ее отмены. Уменьшение диспноэ, как правило, достигается вскоре после настройки адекватного режима вентиляции, в то время как коррекция гиперкапнии и/или гипоксемии может требовать нескольких часов.

Методология проведения НИВЛ: величина PEEP 5 см вод. ст., уровень поддержки инспираторного давления (PS, IPAP) индивидуально путем ступенчатого увеличения с 5-8 см вод. ст. до достижения дыхательного объема, равного 6-8 мл/кг должной массы тела (ДМТ), чувствительность триггера, при которой нет аутотриггирования (-1,5-2,0 см вод.ст.

для триггера давления, 2-3 л/мин для триггера потока), инспираторная фракция кислорода во вдыхаемой газовой смеси ( $FiO_2$ ) на минимальном уровне, который обеспечивает  $SpO_2$  88-95%, настроить чувствительность экспираторного триггера для улучшения синхронизации с респиратором (стандартная настройка 25% обычно не подходит для пациентов с активными попытками вдоха и при ХОБЛ, таким пациентам следует установить чувствительность на 40-50%), увеличить РЕЕР до 8-10 см вод. ст. у пациентов с  $SpO_2$  менее 88% на фоне  $FiO_2$  0,3 при переносимости повышения РЕЕР. НИВЛ использовался в трех ситуациях: у пациентов с тяжелой ХОБЛ и хронической дыхательной недостаточностью, при ранней экстубации и остаточной миорелаксации у пациентов после плановых хирургических вмешательств, как этап лечения при двухсторонней интерстициальной пневмонии.

**Результаты исследования.** В первых двух ситуациях метод показал себя наилучшим образом, состояние пациентов значительно улучшилось, в последующем были переведены из отделения реанимации. У пациентов с двухсторонней интерстициальной пневмонией НИВЛ явилась временным этапом перед проведением интубации трахеи и проведением инвазивной вентиляции легких. Ключом к успешному применению метода является четкое понимание ее возможностей и тщательный отбор пациентов. При неэффективности НИВЛ важно своевременно обеспечить пациента адекватной респираторной поддержкой (интубация трахеи, трахеостомия, проведение инвазивной вентиляции легких), не провоцируя нарастание дыхательной недостаточности несвоевременно начатой ИВЛ.

**Выводы.** Метод неинвазивной вентиляции легких является эффективным вариантом респираторной поддержки без инвазивного доступа.

Ищеряков С.Н., Кашкаров И.Л., Корсаков Ю.В., Морятов А.А.

## **АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ ЗА 2019 ГОД В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Взаимодействие медицинских учреждений различного уровня позволяет повысить качество оказания паллиативной медицинской помощи, что, в свою очередь, приведет к улучшению качества жизни пациентов.

**Цель исследования.** Провести анализ оказываемой паллиативной помощи на примере отдельных медицинских учреждений с целью повышения доступности и качества паллиативной медицинской помощи жителям региона

**Материалы и метод.** В Самарской области медицинская паллиативная помощь представлена выездной патронажной службой, хосписами, некоммерческими организациями, стационарными отделениями паллиативной помощи, амбулаторной помощью.

**Результаты исследования.** За прошедший 2019 год проведен анализ охвата населения паллиативной медицинской помощью. В Городской больнице №5 г. Тольятти осуществлено 8011 посещений паллиативных бригад на 784 человека. АНО Самарский Хоспис осуществлено 7891 посещение на 233 человека. В ГБУЗ СОКОД отделением паллиативной помощи совершено 5200 посещений на 1219 человек.

**Выводы.** Данная статистика говорит о высоком уровне работы и качестве оказания паллиативной медицинской помощи, хорошем взаимодействии с первичным врачебным звеном, что дает совершить больший охват населения при меньшем количестве посещений в сравнении с другими медицинскими учреждениями.

Каганов О.И., Блинов Н.В., Фролов С.А., Мешков А.В., Козлов А.М.

## **ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТНЫХ РАН ПОСЛЕ БРЮШНО ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ ЛОКАЛЬНО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность:** Несмотря на большие достижения в неоадьювантной и адьювантной терапии рака прямой кишки с локализацией в нижеампулярном отделе, по-прежнему в большинстве случаев методом выбора является брюшнопромежностная экстирпация (БПЭ). Основными недостатками БПЭ являются формирование обширного дефекта промежностной раны и связанные с этим инфекционные осложнения, по данным отечественных и иностранных исследователей после БПЭ отмечают высокий уровень послеоперационных осложнений (35 - 46 %).

**Материалы и метод.** В исследование были включены 19 пациентов получавших лечение в ГБУЗ СОКОД в 2019-2020 гг. В основную группу вошли 9 пациентов: 4 (44,4 %) мужчин и 5 (55,6 %) женщин, средний возраст составил  $68,3 \pm 2,2$  года. Группа сравнения была представлена 10 больными: 4 (40 %) мужчин и 6 (60 %) женщин, средний возраст составил  $66 \pm 2$  года. По данным предоперационного МРТ органов малого таза у всех пациентов, включенных в исследование, степень локальной опухолевой инвазии соответствовала cT3-T4a, дистальный край опухоли находился на 2-4 см. У всех пациентов были получены данные за наличие измененных мезоректальных лимфоузлов (cN1-2). На дооперационном этапе все пациенты получали химиолучевую терапию, СОД 46 Гр, после неоадьювантного лечения, пациентам обеих групп выполнялась брюшнопромежностная экстирпация прямой кишки. Пациентам основной группы в промежностную рану устанавливали систему локально отрицательного давления с постоянным разряжением 100 мм рт.ст., повязки меняли 1 раз в 3-4 сут. В группе сравнения применяли традиционные средства местного лечения в соответствии с фазой течения раневого процесса.

**Результаты исследования.** В основной группе длительность применения системы локально отрицательного давления составила  $6,7 \pm 2,0$  дня, за этот период проведено  $2,6 \pm 0,4$  смены повязки. В контрольной группе традиционную обработку раны проводили ежедневно. Длительность госпитализации в группе сравнения в составила  $24,5 \pm 3,7$  сут, а в группе исследования –  $15,2 \pm 2,8$  сут ( $p < 0,05$ ). В основной группе инфекционных

раневых осложнений со стороны раны промежности не наблюдали, что позволило ушить промежностную рану наглухо у всех больных через  $8,6 \pm 2,0$  сут. В группе сравнения у 2 (16,6 %) пациентов отмечено увеличение бактериальной обсемененности раны на фоне проводимой терапии.

**Выводы.** Применение системы локально отрицательного давления при лечении промежностных ран ассоциировано с достоверно меньшей частотой септических осложнений. Данный метод позволяет улучшить результаты лечения и сократить среднюю длительность пребывания больного в стационаре.

Каганов О.И., Козлов С.В., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П.,  
Ламонов М.С., Катюшин А.А., Балык И.В., Коновалова Т.В., Круглова П.Л.

## **МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РАСЧЕТА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Цель исследования.** Разработать математическую модель и программу для ЭВМ по расчету эффективности неоадьювантной химиотерапии с включением антрациклинов у больных с диагнозом трижды негативный РМЖ.

**Материал и методы.** Проведено исследование результатов неоадьювантной химиотерапии по схеме с включением антрациклинов у 98 больных с диагнозом трижды негативный РМЖ. Средний возраст больных  $51,43 \pm 5,14$  лет. У 80 (81,63%) пациентов диагностирована 2 стадия заболевания, у 18 (18,37%) – 3 стадия. У 51 (52,04%) больного уровень экспрессии Ki-67 в биопсийном материале опухолевой ткани превышал 20%, у 47 (47,96%) был менее 20 %. Пациентам в неоадьювантном режиме проведено 4-8 циклов химиотерапии, после чего выполнена операция.

В модель были включены 98 пациентов больных с диагнозом трижды негативный РМЖ II-III стадии, которым проводилась неоадьювантная химиотерапия по схеме AC. Эффективность химиотерапии оценивалась по результатам гистологического заключения удаленного препарата (достижения полной морфологической регрессии).

**Результаты.** В данном исследовании математическая модель построена в модуле логистической регрессии с помощью алгоритму Вальда. В результате была получена модель, включающая три наиболее значимых предиктора ( $X_1$ - $X_3$ ), влияющих на эффективность химиотерапии:  $X_1$  – размер первичной опухоли,  $X_2$  – поражение регионарных лимфоузлов,  $X_3$  – уровень экспрессии Ki-67.

Конечный вид математической модели для определения эффективности неоадьювантной химиотерапии у больных с диагнозом трижды негативный РМЖ выглядит следующим образом:  $P = 1/(1+2,71^{-F})$ , где  $F = 4,56 - 4,1X_1 - 0,15X_2 + 1,78X_3$ . Чувствительность модели - 90,91%, специфичность - 94,55%, точность - 93,88%

На основании полученной данной математической модели была создана и внедрена в клиническую практику компьютерная программа, позволяющая рассчитать эффективности неоадьювантной химиотерапии у больных с диагнозом РМЖ. «Расчет эффективности неоадьювантной химиотерапии у больных с диагнозом трижды

негативный рак молочной железы» запатентована в Федеральной службе по интеллектуальной собственности (Роспатент) (Свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ №2017660720 от 25.09.2017). Эффективность химиотерапии оценивалась по результатам гистологического заключения удаленного препарата (достижения полной морфологической регрессии), pCR = 21.43%.

**Выводы.** Разработанная в условиях Самарского областного клинического онкологического диспансера математическая модель и компьютерная программа для ЭВМ при высоких диагностических значениях чувствительности 90,91%, специфичности 94,55% и точности 93,88% позволяет определить эффективность неoadъювантной химиотерапии по схеме с включением антрациклинов. В результате данная разработка дает возможность правильно подобрать схему лечения больных с диагнозом трижды негативный рак молочной железы.

Каганов О.И., Козлов С.В., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П.,  
Ламонов М.С., Катюшин А.А., Балык И.В., Коновалова Т.В., Круглова П.Л.

**ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С  
ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПОДКОЖНОЙ  
МАСТЭКТОМИИ С БИОПСИЕЙ СИГНАЛЬНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА  
ПРИ ПРЕПЕКТОРАЛЬНОЙ УСТАНОВКЕ ПОЛИУРЕТАНОВОГО ЭНДОПРОТЕЗА**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**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 функциональности. С освоением методики биопсии сигнального лимфатического узла (БСЛИ) при выполнении органосохранных операций дальнейшим этапом совершенствования хирургической техники – это комбинация данной техники с препекторальной установкой полиуретанового эндопротеза (ПУПЭ).

**Цель исследования.** Оценить ближайшие результаты хирургического лечения больных с диагнозом рак молочной железы при выполнении подкожной мастэктомии с БСЛИ при ПУПЭ.

**Материал и методы.** В 2020г. в отделении общей онкологии ГУЗ СОКОД выполнено 3 подкожных мастэктомий с БСЛИ при ПУПЭ. Средний индекс массы тела составил  $289,3 \pm 4,8$  кг/м<sup>2</sup>.

**Результаты исследования.** Среднее время операции составило  $74,8 \pm 13,3$  минут. Интраоперационная кровопотеря во всех случаях не превышала 50 мл. Сроки удаления дренажей –  $8,4 \pm 1,5$  дней. Антибактериальная терапия проводилась в течении 5 суток после оперативного лечения. Сроки наблюдения составили от 3 до 6 месяцев. Послеоперационные осложнения в виде воспаления послеоперационной раны, образование гематом, либо протрузии эндопротеза не наблюдалось ни в одном случае. Через 1 месяц после операции больные полностью восстановили функциональность руки на стороне поражения.

**Выводы.** Выполнение подкожной мастэктомии с БСЛИ при ПУПЭ является безопасной методикой, что дает ей право быть включенной в стандарты планирования объема хирургического лечения.

Каганов О.И., Постников М.А., Габриелян А.Г., Махонин А.А

## **МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»  
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России*

**Актуальность.** Рак слизистой оболочки рта (СОР) составляет 40% от всей заболеваемости рака головы и шеи и 1-3.5% в структуре всех злокачественных опухолей, занимая второе место после рака гортани. Ежегодно в РФ регистрируется более 9000 новых случаев заболевших раком полости рта, из них около 62% с 3-4 стадией (Каприн А.Д. и соавт., в 2018г.). В 2018 году в Самарской области впервые взяты на учет 241 человек с злокачественными новообразованиями слизистой полости рта. Одногодичная летальность в Самарской области в 2018 году составила 37,2%. К основным причинам запущенности злокачественных новообразований (СОР), необходимо отнести в первую очередь низкую просвещенность населения, бессимптомное течение, а так же отсутствие должной онконастороженности врачей первичного звена. Поэтому особую актуальность приобретает ранняя диагностика с использованием скрининговых методов для активного выявления предраковых заболеваний СОР и ранних стадий бессимптомного рака.

**Цель работы.** Изучить методы ранней диагностики рака слизистой оболочки полости рта

**Материалы и методы.** Проведен анализ современной литературы включая научные публикации - статьи, монографии. Согласно данным изученной литературы, визуальный осмотр остается основным методом выявления поражения СОР для большинства практикующих врачей (Maitland K.C.et al, 2008). Хотя данный метод не позволяет поставить диагноз рак, дифференцировать стадии опухолевого процесса и прогнозировать время трансформации предрака СОР в рак. На сегодняшний день нет утвержденного алгоритма обследования пациентов. Существующие методы обследования пациентов с целью выявления предрака и рака СОР, сведены к комплексу обследований и включает: опрос, осмотр, пальпацию, определение онкомаркеров в слюне, цитологическое исследование и биопсию. Причем осмотр включает в себя простую стоматоскопию и расширенную. При простой стоматоскопии - осматривается слизистая полости рта с оценкой цвета, рельефа, блеска и сосудистого рисунка, данную процедуру можно проводить с использованием микроскопа или бинокляров. При

расширенной стоматоскопии в дополнении к простой используют витальные красители (4% уксусной кислоты, раствор Люголя, окраска гемотаксином, толуидиновым голубым, красителем «TBlue», хемилюминесцентная техника(VIZILITE), аутофлуоресцентная стоматоскопия. В свою очередь система «VIZILITE» проводится в два этапа при помощи жидкости «VIZILITE», которой пациент полощет полость рта в течении 40-60 секунд, после осуществляется осмотр слизистой при помощи фонарика и бинокля, при выявлении белого свечения на первом этапе, переходят на второй этап, на участок белого свечения наносятся красители с определенной последовательностью, если краситель сохранился на участке, то пациента направляют к онкологу с целью верификации. Аутофлуоресцентная стоматоскопия включает лампу с очками для исследования патологических очагов на слизистой полости рта. Лампа с излучением от 380-700 нм. Принцип работы заключается в свечении слизистой, при нормальной и патологических очагах различными цветами. Согласно научным публикациям (Bhatia et al., 2013), исследовали 2 аппарата для скрининга(аппарат Identafi и VELscope) Так по материалам разных авторов, чувствительность аутофлуоресцентной диагностики варьирует от 30 до 100 %, специфичность от 15 до 100 %. Методы цитологического исследования проводят путем соскоба гладилкой, шпателем, кюретной ложкой или лезвием скальпеля. Полученный материал наносят на предметное стекло. Наиболее информативной считается эксфолиативная цитология, проводят ее при помощи одноразовых щеточек. Достоверным методом исследования для постановки диагноза, является биопсия с гистологическим исследованием. Важной особенностью данного метода является правильность его проведения, заключающаяся в заборе материала на здоровой и пораженной стороне на глубину с захватом базального слоя.

**Результаты исследования.** Обобщая изученную литературу с методами, необходимо отметить, что из всех существующих комплексов обследования основными, неинвазивными, остаются: опрос, осмотр, пальпация, аутофлуоресцентная диагностика с последующей консультацией онколога на предмет верификации образований слизистой. Всем пациентам после проведенного опроса, осмотра, пальпации, при наличии образований, необходимо выработать показания к верификации выявленных образований и повторного обследования после консервативного лечения для постановки правильного диагноза.

**Выводы.** Для скрининга и ранней диагностики рака слизистой оболочки полости рта необходимо создания и внедрение оптимального алгоритма обследования на приеме

у врача первичного звена, простого в применении, менее затратного, с определением показаний к морфологической верификации.

Каганов О.И., Щукин В.Ю., Акрамова А.А.

## **ОЦЕНКА БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК ТЕЛА МАТКИ**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Гистерэктомия является одним из наиболее распространенных оперативных вмешательств у женщин со злокачественными новообразованиями половой системы. Ежегодно в мире выполняют около 600 000 экстирпаций матки. Начиная с 1980г. В США производят 7 гистерэктомий на 10 000 женщин в возрасте старше 15 лет.

**Цель работы.** Проведение сравнительной оценки ближайших результатов хирургического метода лечения с лапаротомическим и лапароскопическим доступом у больных с диагнозом рак тела матки при проведении экстирпации матки.

**Материалы и метод.** Проведен анализ результатов хирургического лечения 1060 женщин, прооперированных в ГБУЗ СОКОД по поводу рака эндометрия за период 2016 - 2018 гг.. Пациентки были разделены на две группы в зависимости от вида хирургического доступа: основная группа – лапароскопический ( $n = 109$ ) и контрольная группа – лапаротомический ( $n = 951$ ) доступы. Группы были сопоставимы по возрасту, стадии заболевания и сопутствующим заболеваниям ( $p = 0,02$ ).

**Результаты исследования.** В результате проведенного анализа продолжительность выполнения операции у больных основной группы составила  $165 \pm 23,2$  мин., а у пациенток контрольной группы -  $130 \pm 20,3$  мин ( $p = 0,03$ ); средний объем интраоперационной кровопотери у пациенток основной группы составил  $100 \pm 21,2$  мл, в контрольной -  $150 \pm 53,3$  мл ( $p = 0,03$ ) показаний для гемотрансфузии в основной группе не было ни у одной больной, а в контрольной группе одной пациентке потребовалось переливание крови; среднее время пребывания в стационаре в основной группе составило  $11 \pm 3,97$  койко-дней, а в контрольной группе –  $14 \pm 4,01$  ( $p = 0,02$ ). Число осложнений в основной группе составило 2,5% в контрольной – 9,8% ( $p = 0,02$ ).

**Выводы.** Лапароскопический доступ при хирургическом лечении больных с диагнозом рак тела матки позволяет значимо уменьшить интраоперационные и послеоперационные осложнения, время пребывания в стационаре в послеоперационном периоде.

Каганов О.И., Щукин Ю.В., Лукьянова Д.Ю.

## **НЕРВОСБЕРЕГАЮЩИЕ РАСШИРЕННЫЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»  
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Актуальность.** Внедрение нервосберегающей хирургической методики в лечении онкогинекологических больных за последнее десятилетие достигло высоких результатов. Изучение и развитие данной методики лечения рака шейки матки по материалам обзора и мета-анализа зарубежных авторов позволяет с уверенностью использовать этот метод в лечении онкологического заболевания, не опасаясь за низкие показатели выживаемости.

**Цель исследования.** Провести сравнительную оценку эффективности нервосберегающей и традиционной гистерэктомии в лечении женщин с диагнозом рак шейки матки.

**Материалы и метод.** Нами проведен анализ, в исследование которого вошли 87 пациенток с заболеванием РШМ, прооперированных в ГБУЗ СОКОД в период с 2014 по 2018 гг. Пациентки были разделены на две группы в зависимости от вида хирургического вмешательства: основную группу составили пациентки, которым была произведена гистерэктомия с сохранением тазового нерва ( $n = 14$ ), а контрольную группу составили женщины, которым производилась гистерэктомия без сохранения тазового нерва ( $n = 73$ ). Группы были сопоставимы по возрасту и клинической стадии рака шейки матки ( $p=0,2$ ). Критерием исключения из исследования являлись больные раком шейки матки с экзофитной опухолью и опухолью более 2 см в диаметре.

**Результаты исследования.** В результате проведенного анализа, у пациенток основной группы время операции составило  $310 \pm 20,25$  минут, в контрольной группе –  $250 \pm 15,34$  минут ( $p=0,03$ ), объем интраоперационной кровопотери в основной группе составил  $415 \pm 70$  мл, в контрольной –  $320 \pm 50,55$  мл ( $p=0,03$ ), при сравнении продолжительности послеоперационного койко – дня, в основной группе число послеоперационного пребывания больных составило  $15,2 \pm 1,5$  дней, а в контрольной группе этот же период составил  $22 \pm 4,3$  дня ( $p=0,03$ ). Число осложнений в основной группе составило 7,1%, а в контрольной – 12,3% ( $p=0,02$ ), в контрольной группе встречались такие осложнения, как атония мочевого пузыря у 5 пациенток, свищ мочеточника у 2 женщин и у 2 женщин отмечались лимфоциты, то время как в основной группе, гематома малого таза была отмечена лишь у 1 женщины.

**Выводы.** При нервосберегающей гистерэктомии интраоперационная кровопотеря, продолжительность операции были значимо выше в сравнении с группой, где проводилась гистерэктомия , без сохранения тазового нерва, при этом число послеоперационного койко- дня и количество осложнений значимо ниже.

Каганов О.И., Козлов С.В., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П., Ламонов М.С.,  
Катюшин А.А., Балык И.В., Коновалова Т.В., Круглова П.Л.

## **НОВЫЙ СПОСОБ ПЕРВИЧНОЙ ОДНОЭТАПНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ ЛИПОФИЛИНГА**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Цель исследования** – оценить результаты применения липофилинга у больных с диагнозом рак молочной железы (РМЖ) при первичной реконструкции.

**Материал и методы.** Проведено спланированное проспективное исследование результатов лечения 84 больных с диагнозом РМЖ в условиях Самарского областного клинического онкологического диспансера в период с 2017 по 2019 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 сосково-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 исследования.** Среднее время операции в контрольной группе составило  $89 \pm 12$  мин. Интраоперационная кровопотеря достигала 100 мл. Продолжительность послеоперационная лимфореи –  $13,5 \pm 3,3$  дней. Послеоперационный койко-день составил  $14,9 \pm 3,5$ . Послеоперационных осложнений в группе исследования не зафиксировано. Получен патент РФ на изобретение № 2654583 от 31.08.2018 года.

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

Керосиров А.П., Орлов А.Е., Каганов О.И., Махонин А.А.,  
Пряников В.А., Пряников К.В.

## **МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОЛОСТИ РТА**

*ФГБУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Область головы и шеи является одной из самых сложных локализаций патологического процесса. Интерес данной области объединяет между собой большое количество врачей-специалистов. Особенно важное взаимодействие в диагностике, лечении, реабилитации и диспансерного наблюдения больных с онкопатологией головы и шеи занимают врачи-онкологи, стоматологи и оториноларингологи. Комплексное лечение пациента со злокачественными опухолями головы и шеи должно включать совместную работу врачей онкологов, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-ортопедов. Именно реабилитация данной группы пациентов при помощи челюстно-лицевого протезирования может адекватно восстановить нарушение функции речи, жевания и глотания, а так же внешний вид пациента, что в значительной мере повышает качество жизни онкологических больных.

**Цель работы:** улучшить качество жизни больных со злокачественными опухолями полости рта в послеоперационном периоде.

**Материалы и методы.** Для реабилитации больных после орофациальных резекций проводилась совместная работа группы специалистов, таких как: онкологи, челюстно-лицевые хирурги, стоматологи, медицинские техники, в отношении реабилитации и диспансерного наблюдения онкологических больных в послеоперационном периоде. Больным после орофациальных резекций различной сложности, подготавливались протезы-обтураторы, в результате чего достигнута полное или частичное восстановление функций дыхания, речи и приема пищи. А так же, результатом данной работы является непрерывное диспансерное наблюдение и мониторинг отдаленных результатов лечения онкологических больных.

**В результаты.** В результате совместной работы вышеуказанной группы специалистов, в период с 2019г. по сегодняшний день, реабилитированы 9 больных при помощи протезов-обтураторов, а так же 6 больных находятся в процессе лечения.

**Заключение.** Мультидисциплинарный подход в реабилитации больных после орофациальных резекций позволяет улучшить качество жизни пациентов.

Кожина М.В., Сивохина Т.А., Бурмистрова С.А., Рыбакова Н.Г.

## **ЛЕЧЕНИЕ ПОСТЛУЧЕВЫХ ЭРОЗИВНЫХ РЕКТИТОВ СОЧЕТАННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ МАГНИТОТЕРАПИИ С ПРЕПАРАТАМИ МАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ И ИНУЛИНА**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Цель исследования.** Оценить эффективность применения масляной кислоты и инулина (препарат «Закофальк») в сочетании с магнитотерапией в лечении постлучевых эрозивных ректитов.

**Материалы и метод.** В исследование участвовали 2 группы пациентов 50 и 52 человек соответственно, получавших лучевую терапию по поводу рака предстательной железы и рака шейки матки. Обе группы пациентов были сравнимы по общим характеристикам: возраст, пол, сопутствующая патология. Средний возраст пациентов составил  $57 \pm 9$  лет. Длительность заболевания у пациентов в обеих группах варьировала от нескольких месяцев до нескольких лет. В клинической картине преобладали следующие жалобы: болезненность в области прямой кишки (47,3% случаев), выделение крови во время дефекации (32,7%), болезненные позывы к дефекации (22,6%), вздутие в животе (18,6%).

В первой группе пациенты месяц получали стандартную противовоспалительную схему лечения в сочетании с закофальком и магнитотерапией в течение 10 дней. Процедура магнитотерапии проводилась с помощью аппарата «BTL-5000» индуктор-соленоидом с диаметром 60 см на область таза, длительность процедуры - 15 мин.

Во второй группе пациенты получали стандартную противовоспалительную схему в течение такого же периода. Эффективность лечения оценивалась на 14-й день – клинически, эндоскопически- через 2 мес.

**Результаты исследования.** При контрольных осмотрах в первой группе через 14 дней отмечалось значительное улучшение клинической картины: боль купирована у 42 пациентов (80,7%) на 10 день от начала лечения, болезненные позывы уменьшились у 33 пациентов (63,4%), отсутствие слизи и крови в стуле у 30 пациентов (57,7%). Во второй группе - уменьшение болевого синдрома в прямой кишке происходило к 12 дню у 30 пациентов (60%), болезненные позывы к дефекации уменьшились у 27 пациентов (54%), уменьшение выделения крови при дефекации- у 23 пациентов (46%) . Эндоскопически через 2 месяца - исчезновение эрозивных изменений в прямой кишке отмечалось - у 41 пациента (78,8%) - в первой группе, а во второй группе – у 28 пациентов (56%).

**Выводы.** Сравнительный анализ показал, что у пациентов первой группы значительно раньше и чаще наступала клиническая стабилизация заболевания. Таким образом, мы считаем, что включение закофалька и магнитотерапии в стандарт лечения постлучевых эрозивных ректитов является обоснованным и эффективным.

Козлов С.В., Щукин В.Ю., Гилевич-Родкина И.В.

## **ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК ШЕЙКИ МАТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Рак шейки матки (РШМ) имеет спорадический характер. Развитие этого заболевания не связано с наличием известных наследственных синдромов. Причиной развития РШМ является вирус папилломы человека (ВПЧ) онкогенных типов. В России у большинства пациенток при РШМ обнаруживается ВПЧ 16 и/или 18 онкогенного генотипа. На протяжении длительного времени злокачественные новообразования (ЗНО) шейки матки стабильно занимают высокое 5-е ранговое место (5,2%) в структуре онкологической заболеваемости женщин. В 2018 г. было выявлено 17 766 случаев ЗНО шейки матки, что на 22,3 % больше, чем в 2008 г. (13 807 случая). «Грубый» показатель заболеваемости в 2018 г. составил 22,57 на 100 тыс. женского населения. При Ia стадии основным методом лечения является хирургический (рекомендации AOP, ESGO). Возможно выполнение операции как лапароскопическим доступом, так и лапаротомным. Ранее были опубликованы результаты III фазы исследования (LACC), в которых смертность у пациентов после малоинвазивной хирургии выше на 10 %.

**Цель исследования.** Сравнить группы пациентов после радикального лечения рака шейки матки Ia стадии лапаротомным и лапароскопическим доступами. Оценить безопасность лапароскопического доступа в группе пациентов с данной патологией.

**Материалы и метод.** Ретроспективно было проведено исследование 66 пациентов, находившихся на лечении рака шейки матки IA1 стадии с 2013г по 2019г. У 40 больных (основная группа) была выполнена лапароскопическая гистерэктомия. У 26 больных (контрольная группа) была выполнена гистерэктомия при лапаротомном доступе. На первом этапе всем пациентам выполнялась диатермокоагуляция шейки матки. Аджьювантное лечение не проводилось у пациентов в обеих группах. Критериями включения являлся год рождения пациентки (с 1990г по 1974г), стадия заболевания по FIGO IA стадия.

**Результаты исследования.** Не отмечено осложнений в исследуемых группах пациентов. Койко-день пребывания в стационаре в основной группе пациентов оказался меньше на 4 дня. Все пациенты наблюдались в условиях КДО ГБУЗ СОКОД. В основной

группе отмечен 1 случай рецидива заболевания (метастаз в подвздошный лимфоузел), в группе сравнения - 1 (метастаз в культе влагалища). Летальных исходов не было в обеих группах пациентов.

**Выводы.** Существенной разницы в количестве рецидивов сравниваемых групп не наблюдалось. Лапароскопический доступ сокращает послеоперационный койко-день.

Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П., Ламонов М.С.,  
Катюшин А.А., Балык И.В., Коновалова Т.В., Круглова П.Л.

## **ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЛИМФЕДЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РМЖ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**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 исследования** - определение факторов развития лимфедемы у больных с диагнозом РМЖ после хирургического лечения.

**Материал и методы.** В исследование включены 115 пациентов, с диагнозом РМЖ проходивших лечение в ГБУЗ СОКОД в период 2014 – 2017 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 исследования.** 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 ( $p=0,074$ ).

**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.

Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П., Ламонов М.С.,  
Катюшин А.А., Балык И.В., Коновалова Т.В., Круглова П.Л.

## **АНАЛИЗ ПРИЧИН ЗАПУЩЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

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

**Материал и методы.** Нами проведен ретроспективный анализ истории 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 T4NxM0 диагностирована у 37 (35,24%) женщин, в том числе отечно-инфильтративная форма рака у 30 (28,57%). Рак молочной железы T1N1-3M0 был диагностирован у 16 пациентов (15,24%). Количество больных со стадиями T2–3N1–3M0 - 52 (49,52%).

**Результаты исследования.** 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%)).

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

Козлов С.В., Морятов А.А., Каганов О.И., Круглова И.И., Морозова М.А., Юданова О.К.

## **ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Актуальность исследования обусловлена необходимостью разработки и внедрения в онкологическую практику паллиативных малоинвазивных методов лечения рака пищевода и желудка, позволяющих улучшить качество и продолжительность жизни.

**Цель исследования.** Оценить результаты паллиативной эндоскопической фотодинамической терапии (ФДТ) у больных новообразованиями пищевода и желудка.

**Материалы и метод.** Наблюдение за результатами лечения более 200 больных злокачественными новообразованиями пищевода и желудка, которым по объективным причинам было противопоказано хирургическое лечение. Все пациенты проходили лечение (ФДТ) и дальнейшее обследование и наблюдение в СОКОД с 2006 года. Основные показания для проведения фотодинамической терапии: Рак пищевода (РП) и кардиального отдела желудка осложненный дисфагией; Рак желудка, с размером первичного новообразования менее 3 см.; Рецидив (продолженный рост) рака желудка или пищевода, после проведенного ранее хирургического или лучевого лечения; Распространенный рак желудка, в комбинации с полихимиотерапией. Применяли современные отечественные фотосенсибилизаторы: фотогем и фотодитазин. Проводилось одно и многокурсовое лечение, с эндоскопическим контролем после ФДТ. Визуальная реакция опухоли после ФДТ, наблюдалась в 100% случаев, в виде отека, инъекции сосудов опухоли, с развитием частичного некроза или полного лизиса опухоли на 15 – 20 сутки. Выраженность эндоскопического эффекта зависела от исходных размеров опухоли, предшествующего лечения и дозы полученного лазерного облучения, повторные курс получали 56 (29,5%) человек.

**Результаты исследования.** В группе больных РП (n = 74) в 19 наблюдениях (25,6%) наступило полное разрешение дисфагии, в 42 наблюдениях (56,7 %) частичное разрешение, у 13 больных (17,5%) без эффекта. Более года наблюдались 17 больных, среди них стойкая ремиссия с морфологически подтверждением в 5 наблюдениях, остальные получают повторные курсы фотодинамической терапии. Наилучшие результаты получены среди больных с объемом опухоли желудка менее 3 см. (n = 22),

после проведенной ФДТ наблюдали полный или частичный лизис опухоли с длительностью ремиссии от 6 до 12 месяцев; 7 (21,8%) больных наблюдались более 3 лет. Лечение больных с рецидивом опухоли после хирургического лечения оказалось эффективным у 7 больных, наблюдали частичный лизис опухоли с сохранением полноценной проходимости анастомоза, более 12 месяцев наблюдаются 3 больных (42,8%).

**Выводы.** Метод ФДТ позволяет достигать высокой степени реабилитации у больных злокачественными новообразованиями полых органов осложненных опухолевой обтурацией. Изучается возможность применения различных режимов проведения ФДТ, возможности сочетания метода с другими вариантами противоопухолевого лечения.

Козлов С.В., Моряттов А.А., Каганов О.И., Круглова И.И., Файнштейн В.И., Нагорнов А.Н.

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЛЕГКОГО**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Рак легкого собирательное понятие, включающее эпителиальные злокачественные новообразования бронха и паренхимы легкого. На данный момент это серьезная медицинская и социальная проблема, обусловленная высокой заболеваемостью и. В России ежегодно заболевают раком легкого свыше 63000 человек, в том числе свыше 53000 мужчин. У более 20000 (34,2%) человек заболевание выявляется в IV стадии заболевания.

**Цель исследования.** Оценить результаты паллиативной эндоскопической фотодинамической терапии (ФДТ) у больных раком легкого.

**Материалы и метод.** В отделении эндоскопии СОКОД методы широко применяются методы электро- и лазерной коагуляции, стентирования, фотодинамической терапии. С 2011 пролечено 25 больных раком легкого и трахеи с внутрибронхиальным опухолевым компонентом. Основным критерием отбора служило невозможность проведения традиционного хирургического или лучевого лечения по радикальной программе. Применяли современный отечественный фотосенсибилизатор «Фотодитазин», проводилось одно и многокурсовое лечение, с эндоскопическим контролем после ФДТ.

**Результаты исследования.** Визуальная реакция опухоли после ФДТ, наблюдалась в 100% случаев, в виде отека, инъекции сосудов опухоли, с развитием частичного некроза или полного лизиса опухоли на 15 – 20 сутки. Эффективность лечения более всего зависела от исходных размеров опухоли, предшествующего лечения и дозы полученного лазерного облучения, повторные курсы получали 6 (24%) человек. У большинства больных 19 (76%) наблюдали выраженную положительную динамику в виде уменьшения объема внутри-просветного компонента новообразования, повторные курсы позволили добиться полного лизиса новообразования у 4 пациентов (16%), у 6 пациентов существенной динамики не получено. Угрожающих жизни осложнений не получено; 3(12%) пациентов наблюдается более 24 месяцев без признаков прогрессии заболевания.

**Выводы.** Метод ФДТ позволяет достигать высокой степени реабилитации у больных злокачественными новообразованиями полых органов осложненных опухолевой обтурацией. Изучается возможность применения различных режимов проведения ФДТ, возможности сочетания метода с другими вариантами противоопухолевого лечения.

Козлов С.В., Морятов А.А., Букарева О.П., Золотарева Т.Г.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ BRCA-АССОЦИИРОВАННОГО И СПОРАДИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2015-2018 ГГ.**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России*

**Актуальность.** В Самарской области за 2017 год было выявлено 1790 случаев РМЖ. По современным данным, приблизительно 5-10% всех случаев РМЖ возникает на фоне мутаций в генах BRCA-1 или BRCA-2; на долю мутаций последнего приходится 0,5%.

**Цель исследования.** Целью данного исследования является изучение морфологических особенностей BRCA-ассоциированного и спорадического рака молочной железы.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели было проведено ретроспективное исследование историй болезней пациенток за 2015-2018 гг. 2558 пациенткам был проведен молекулярно-генетический анализ методом ПЦР, направленный на обнаружение мутаций в генах BRCA-1 и BRCA-2. Данный анализ показал наличие мутаций в гене BRCA-1 выявивший мутации в генах BRCA-1 у 40 пациенток, из которых у 9 пациенток была обнаружена злокачественная опухоль яичников, а у одной – доброкачественная. Мутаций в гене BRCA-2 обнаружено не было. Таким образом, в основную группу вошли 30 пациенток с диагнозом «рак молочной железы» и мутацией в гене BRCA-1, контрольную группу составили 38 пациенток со спорадическим раком молочной железы.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При оценке возрастных характеристик было установлено, что средний возраст пациенток-носительниц мутации в гене BRCA-1 составляет 44,7 лет, тогда как в контрольной группе средний возраст пациенток составляет 56,5 лет ( $p < 0,05$ ). При распределении по стадиям заболевания статистически значимых различий не зарегистрировано ( $p > 0,05$ ).

Более высокий уровень злокачественности был выявлен в основной группе: в 16 (53%) случаев обнаруженная степень злокачественности – G3, тогда как в основной группе преобладала G2 степень злокачественности (21 случай, 55%).

В ходе оценки гормонального статуса было установлено, что BRCA-1-ассоциированный рак был чаще отрицательным по наличию рецепторов к прогестерону и эстрогену (24 пациентки, 80% случаев), чем спорадический (18 пациенток, 47% случаев).

Экспрессия Her-2/neu в основной группе была выявлена у 7 пациенток (23% случаев), при этом Her-2/neu+ был обнаружен у 5 пациенток (16%), а Her-2/neu++ у 2 пациенток (6%).  
Случаев Her-2/neu+++ выявлено не было. В контрольной группе экспрессия Her-2/neu обнаружена у 18 пациенток (47%), при этом Her-2/neu+ был обнаружен у 4 пациенток (11%), Her-2/neu++ - у 2 пациенток (1%), а Her-2/neu+++ - у 12 пациенток (38%).

Наиболее высокий уровень пролиферативной активности опухолевых клеток был выявлен в основной группе: в 18 (60%) случаев значение Ki-67 находилось в пределах 40-75%. В контрольной группе в 24 (63%) случаев уровень Ki-67 был ниже 45%.

**Выводы.** Результаты исследования показывают необходимость широкого применения молекулярно-генетического исследования у женщин, имеющих рак молочной железы, а также необходимость индивидуального подхода к лечению каждой пациентки в связи с различиями в иммуногистохимическом профиле опухолей.

Козлов С.В., Морятов А.А., Каганов О.И., Орлов А.Е., Копылов А.В., Кассиров Д.А.

## **ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА И ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Меланома кожи является одной из наиболее агрессивных опухолей при этом в большинстве стран мира и в России отмечается устойчивый рост заболеваемости ежегодно на 4 - 7%. Ранняя диагностика меланомы в горизонтальной фазе роста, увеличивает показатели 5 летней выживаемости до 95-98%. Учитывая ограниченные возможности инвазивной верификации меланомы кожи, существует вероятность гипо- или гипердиагностики новообразования с последующим выбором неадекватного объема хирургического лечения. Кроме того, отсутствие альтернативных видов локального паллиативного лечения существенно ухудшает прогноз и качество жизни больных местно-распространенной злокачественной меланомой.

**Цель исследования.** Изучить возможности методов флуоресцентной диагностики(ФД) и паллиативной фотодинамической терапии(ФДТ) злокачественной меланомы кожи.

**Материал и метод.** Для дифференциальной диагностики пигментных новообразований кожи использовали методики флуоресцентной дерматоскопии и локальной спектрометрии. Применялись современные отечественные фотосенсибилизаторы (ФС), ФД и локальная спектрометрия выполнены у 32 больных с диагнозом «меланома кожи» и у 16 пациентов с меланоцитарными невусами.

**Результаты исследования.** Индекс накопления ФС окружающей коже составил  $0,6 \pm 0,07$  ОЕ, а при меланоцитарных невусах –  $0,8 \pm 0,06$ , в опухоли индекс накопления составил  $2,4 \pm 0,10$  относительных единиц, что достоверно выше ( $p < 0,05$ ). Показатель чувствительности составил 96,88 %, точность исследования – 97,83 %. Дополнительную характеристику новообразования кожи можно получить при визуальном анализе флуоресцентной картины, что позволяет уточнить местное распространение меланомы, определить истинные границы опухоли. Высокий уровень накопления ФС в опухоли может служить основанием для проведения ФДТ. Критериями отбора были: невозможность выполнения радикального хирургического лечения, размер очагов – не более 3 см., пролечено 7 пациентов. У всех больных получен локальный ответ в виде стабилизации роста новообразования, частичного или полного лизиса очагов

злокачественной меланомы, Максимальное время наблюдения составляет более 24 месяцев, у 3 больных наблюдали раннюю системную прогрессию процесса.

**Выводы.** Проводимое исследование определяет значимость и необходимость применения новых уточняющих методов диагностики. Полученные результаты демонстрируют высокую специфичность, точность и эффективность флуоресцентной диагностики и фотодинамической терапии.

Козлова О.А., Золотарева Т.Г., Козлов С.В., Коневская Т.В., Хмара Э.Ю.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г.О.САМАРА ПО МЕРАМ ПРОФИЛАКТИКИ, МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»  
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России*

**Актуальность.** Рост заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований подчеркивает необходимость профилактической и санитарно-просветительной деятельности среди населения. Важно информировать население о факторах риска злокачественных новообразований, чтобы создать мотивацию к здоровому образу жизни, рациональному питанию, искоренению вредных привычек. Особенно это актуально в молодом возрасте, когда формируются стандарты поведения и отношения к собственному здоровью. В связи с этим большое внимание уделяется работе с молодежью.

**Цель исследования:** определить уровень осведомленности молодого населения г.о. Самара по мерам профилактики, методам диагностики онкологических заболеваний.

**Материалы и методы:** социологическое исследование проводилось в образовательных учреждениях г.о. Самара (Самарский финансово-экономический колледж, машиностроительный колледж). Опросом было охвачено 160 респондентов (из них мужского пола - 41%, женского пола - 59%). Предлагалось заполнить специально разработанную анкету и выбрать вариант ответа (да; нет; затрудняюсь ответить) на вопросы, которые помогут определить уровень осведомленности населения по мерам профилактики онкологических заболеваний. Опрос имел анонимный характер, полученные данные использовались в обобщенном виде. В социологическом исследовании принимали участие респонденты разных возрастных групп. Так 23% опрошенных относятся к возрастной группе 18 –25 лет, 52% - респонденты в возрасте 26 – 30 лет и 25% - старше 30 лет.

Результаты обработки ответов на вопросы анкеты представлены в таблице:

Вопрос анкеты	Да (%)	Нет (%)	Затрудняюсь ответить (%)
Считаете ли Вы, что рак заразен?	26	29	45
Считаете ли Вы, что рак излечим	21	56	23
Может ли рак передаваться по наследству?	65	20	15
Всегда ли доброкачественные опухоли переходят в опухолевые?	25	43	32
Считаете ли Вы, что при лечении рака эффективны биологически активные добавки?	28	14	58
Можно ли вылечить рак народными средствами?	15	48	37
Знаете ли Вы, что такое канцерогены?	40	32	28
Знаете ли Вы продукты питания, в которых содержатся вещества, повышающие риск развития рака?	48	30	22
Есть ли взаимосвязь между вредными привычками и риском развития рака?	60	23	17
Может ли осуществляться профилактика рака, если причина его неизвестна?	34	27	39

Было установлено что, подавляющее большинство опрошенных (более 60%) считают, что рак может передаваться по наследству и его нельзя вылечить. В настоящее время научно доказано, что генетическая предрасположенность является фактором риска

не более чем в 10% случаев, а выявление опухолей на ранних стадиях увеличивает шансы на успешное лечение. Это расхождение в цифрах свидетельствует о недостаточном информировании молодежи о реальных возможностях лечения рака в современных условиях. В ходе исследования были рассмотрены вопросы о взаимосвязи между вредными привычками и риском развития рака, может ли осуществляться профилактика рака, если причина его неизвестна. По ряду позиций многие затрудняются дать однозначный ответ. Проводимая в последние годы активная санитарно-просветительная работа дает положительный эффект: более половины респондентов связывают наличие онкопатологии с вредными привычками. Очевидно, что виды рака, вызванные поведенческими факторами и факторами окружающей среды, являются потенциально устранимыми. Почти треть опрошенных считает эффективным в борьбе с раком БАДы, что свидетельствует агрессивной рекламе их в СМИ и ложном представлении у населения. Распределение ответов на поставленные вопросы подтверждает низкий уровень осведомленности населения по мерам профилактики, методам диагностики и лечения онкологических заболеваний.

**Выводы:** Таким образом, анализ проведенного исследования показал, что существенную роль в вопросах профилактики онкологических заболеваний играет осведомленность населения по мерам предупреждения, методам диагностики и лечения онкологических заболеваний. Достоверная информация о злокачественных новообразованиях, представленная в доступной форме, здоровые навыки и поведенческие реакции – это в последующем может стать наиболее эффективной мерой профилактики в борьбе с раком. Активизация профилактической работы будет способствовать повышению информированности по вопросам профилактики онкологических заболеваний, уменьшению количества запущенных случаев рака 3 и 4 стадии, повышению медицинской активности населения, приверженности здоровому образу жизни, снижению онкологической заболеваемости в целом.

Корсаков Ю.В., Ищеряков С.Н., Кашкаров И.Л.

## **ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В УСЛОВИЯХ COVID-19**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность:** Не смотря на текущую эпидемиологическую ситуацию, пациенты испытывающие потребность в паллиативной помощи должны ее получать своевременно и в полном объеме.

**Цель исследования:** улучшить результаты по оказанию паллиативной помощи в текущей эпидемиологической ситуации.

**Материалы и метод.** Одномоментно на курации в отделении паллиативной помощи одномоментно состоит 100 пациентов. Каждый из них испытывает потребность в паллиативной помощи. К каждому пациенту формируется врачебная выездная бригада для оказания паллиативной помощи. Первичный выезд необходим для оценки состояния пациента и определения объема помощи и дальнейшей тактики ведения.

Весь медицинский персонал отделения ознакомлен с клиническими рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению covid-19. Перед выездом бригада комплектуется средствами индивидуальной защиты, которые в дальнейшем утилизируются.

После первичного выезда каждый пациент ежедневно находится на дистанционном контроле при помощи телефонных звонков, что помогает отслеживать его состояние. Это немаловажно в текущих условиях так как, учитывая степень тяжести пациентов это помогает избежать рисков заражения covid-19.

Тем не менее для решения определенных задач вызовы регулярно осуществляться: подбор обезболивающих препаратов после личного осмотра, обширные перевязки, выполнение парацентезов в условиях дома.

**Результаты исследования.** За 6 месяцев было выполнено 2 выезда к пациентам с подтвержденным covid-19. Сохранились выезды медицинского психолога, с целью психологической поддержки пациентов и их родственников, за 6 месяцев 642. За 6 месяцев в 2019 году было выполнено 1714 посещений к 633 пациентам. За тот же отчетный период в 2020 году выполнено 1860 посещений к 652 пациентам.

**Выводы.** Не смотря на эпидемиологическую ситуацию в регионе, объем паллиативной помощи онкологическим пациентам не только не уменьшился, но и

увеличился за равные отчетные периоды. Также увеличилось количество дистанционных консультаций врачей первичного звена, с целью оказания им помощи в курации паллиативных пациентов в связи с повышенной нагрузкой из-за пандемии covid-19.

Косталанова Ю.В., Каганов О.И., Ганина К.А., Махонин А.А., Габриелян А.Г.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО И РЕЦИДИВНОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОЛОВЫ И ШЕИ**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Иммунная система играет ключевую роль в развитии и прогрессировании плоскоклеточного рака головы и шеи (ПРГШ). Понимание нарушения регуляции и блокировки иммунной системы злокачественных опухолей данной локализации могут помочь в улучшении лечения. Особую группу составляют пациенты с распространённым процессом и рецидивами после терапии препаратами платины, потому что они имеют очень плохой прогноз и возможности дальнейшего лечения крайне ограничены. В России зарегистрированы два препарата для лечения рецидивирующего и метастатического плоскоклеточного рака головы и шеи Ниволумаб и Пембролизумаб. Указанные препараты являются моноклональными антителами, которые способны избирательно блокировать контакт между PD-1 на Т-лимфоцитах иммунной системы и лигандами PDL-1 PDL-2 опухолевой клетки, тем самым приводя к реактивации противоопухолевого иммунного ответа.

**Цель данной работы** - оценка результатов лечения пациента с метастатическим и рецидивным плоскоклеточным раком головы и шеи с применением пембролизумаба.

**Материалы и методы.** Пациентка К., 65 лет, обратилась в Самарский областной клинический онкологический диспансер, где при обследовании поставлен диагноз рака левой небной миндалины cT1N1M0 III стадии. Гистологическое заключение (ротоглотка) плоскоклеточный рак G3. По решению врачебной комиссии проведена лучевая терапия (70 Гр на первичную опухоль и 50 Гр на зону регионарного метастазирования). При контрольном осмотре выявлены клинические признаки опухоли в ротоглотке. При гистологическом исследовании биоптатов диагностирован плоскоклеточный рак G2. Выполнена операция в объеме роботассистированного удаления опухоли левой небной миндалины. Врачебная комиссия приняла решение о проведении 2 циклов полихимиотерапии по схеме PF с оценкой эффекта и возможным продлением до 6 циклов. По данным позитронной эмиссионной томографии выявлены признаки очагового образования в ротоглотке, солидное метаболическое образование на шее слева (больше данных, указывающих на метастаз). Проведена расширенная биопсия послеоперационного рубца в ротоглотке, опухоли мягких тканей подчелюстной области

слева. При гистологическом исследовании биоптата образования в ротоглотке диагностирован плоскоклеточный рак G3 с выраженной пери- и интратуморозной лимфоидной инфильтрацией. При иммуногистохимическом исследовании от признаки экспрессии PD-L1 не обнаружены. Проведено 8 циклов полихимиотерапии (паклитаксел + карбоплатин) и 10 введений панитумумаба. По данным КТ констатировано прогрессирование заболевания: выявлены растущие метастазы в лимфатических узлах шеи слева. Начата таргетная терапия пембролизумабом. По данным КТ после 3, 9, 12 циклов констатирована стабилизация заболевания.

**Выводы.** Таким образом, применение ингибиторов контрольных точек открывает новые возможности в лечении одной из самой сложной группы пациентов , а именно пациентов с рецидивирующим и метастатическим ПРГШ.

Кочетков А.О., Сергейчев В.А., Крюкова Э.Г., Костин Д.С., Зарешин Д.А.

## **ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕЛИРИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** По данным различных авторов психические нарушения в послеоперационном периоде встречаются от 10 до 80% и чаще встречаются у пациентов пожилого и старческого возраста. Возраст и сопутствующие заболевания не являются противопоказанием к операции, но каждое десятилетие после 65 лет увеличивает риск осложнений на 40%. Таким пациентам группы риска требуется тщательный подбор анестезиологического пособия, использование управляемых препаратов с коротким периодом полувыведения.

Послеоперационные когнитивные расстройства могут проявляться в виде: послеоперационного делирия (ПД), послеоперационная когнитивная дисфункция (ПОКД) и деменция.

Делирий – это остро развивающееся (несколько часов, дней) расстройство, имеющее тенденцию к волнообразному течению на протяжении суток и характеризующееся нарушением сознания, со снижением способности сосредотачивать, поддерживать и переключать внимание, а также когнитивными расстройствами (памяти, ориентировки, речи) и восприятия.

На сегодняшний день нет единого мнения о патогенезе ПД. Существуют различные гипотезы о влиянии повышенного уровня дофамина и снижения ацетилхолина, которые повышают возбудимость нейронов и способствуют развитию делирия. Аминокислота триптофан является предшественником серотонина и мелатонина. Изменение ее концентрации может приводить к ПД. Кроме того, выброс цитокинов (IL1, IL2, TNF) повышает свертываемость крови, что приводит к микротромбозам и нарушению микроциркуляции в сосудах головного мозга.

Факторы риска: возраст 70 лет и более, депрессия, деменция, прием наркотических анальгетиков, бензодиазепины, препараты с антихолинэргическим эффектом, ПД в анамнезе, нарушение зрения, нарушение слуха, мочевины/креатинин более 18, злоупотребление алкоголем в анамнезе.

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное исследование 50 пациентов отделения абдоминальной онкологии. Пациенты находились на плановом лечении в 2019-2020 годах. Критерием выбора служил возраст больного старше 65 лет, риск анестезии по

ASA III, операционно-анестезиологический риск по МНОАР-III. Критерием исключения служили: повторная лапаротомия после планового хирургического вмешательства, наличие SIRS в послеоперационном периоде, наличие неврологического дефицита в предоперационном периоде, анемия тяжелой и среднетяжелой степени в предоперационном периоде, гемотрансфузии в периоперационном и послеоперационном периодах. Всем пациентам проводилась профилактика тромбообразования за 12 часов до начала операции фрагмином (0,2 мл подкожно).

Пациенты были разделены на 2 группы в 38 и 12 человек соответственно. Средний возраст пациентов составил 74,6 лет. Во всех группах применялась одинаковая схема наркоза. Вводный наркоз осуществлялся пропофолом (1-2 мг/кг), с последующим переводом на ИВЛ кислородо-воздушной смесью ( $\text{FiO}_2 = 0.5$ ) в режиме РС и поддержанием низкпоточной анестезией севофлюраном ( $\text{МАК} = 0,6$ ). Мономиорелаксация обеспечивалась рокурнием (0,6 мг/кг). Перед интубацией трахеи и на начало операции вводился фентанил (1,5 мкг/кг). Проводился интраоперационный мониторинг глубины анестезии (BIS мониторинг), параметров вентиляции ( $\text{SpO}_2$ , капнография, ДО, МВЛ, ЧДД), показателей гемодинамики (ЭКГ, ЧСС, пульс, неинвазивное АД) и сердечного выброса (NICO) по показаниям. После экстубации в операционной пациенты переводились в палату ОРИТ для дальнейшего наблюдения и лечения.

Пациентам первой группы проводилась комбинированная анестезия. Катетеризация эпидурального пространства выполнялась на грудном уровне. Выбор уровня пункции зависел от хирургического доступа и объема вмешательства. Интраоперационное обезболивание 0,2% ропивакаином (10-15 мл/ч), с последующим послеоперационным введением (3-5 мл/ч).

Пациентам второй группы проводился эндотрахеальный наркоз. Обезболивание осуществлялось фентанилом (6-8 мкг/кг в час). По показаниям вводился промедол. Послеоперационное обезболивание пациентов 1 группы осуществлялось введением 0,2% раствора ропивакаина в дозировке 5-8 мл/ч, а также введением НПВС (кеторол, ксефокам). При сохраняющемся болевом синдроме вводились наркотические анальгетики. У пациентов 2 группы послеоперационное обезболивание с помощью НПВС по требованию вводились наркотические анальгетики (промедол, трамадол). Оценка наличия делирия производилась по шкале ICDSC на 2-е и 4-е сутки после операции.

**Результаты исследования.** В общей сложности, послеоперационный делирий развился у 5 пациентов. В 1-ой группе послеоперационный делирий выявлен у 2

пациентов (5,26%). Во 2-й группе зарегистрировано 3 случая послеоперационного делирия (25%). У одного пациента первой группы, в связи с недостаточной эпидуральной анестезией для послеоперационного обезболивания использовался промедол (по 20 мг подкожно 4 раза в сутки).

**Выводы.** Для снижения ПД необходимо исключить из схемы анестезии бензодиазепины и длительно действующие наркотические анальгетики (промедол). Использовать контролируемую пациентом эпидуральную анальгезию в послеоперационном периоде (эпидуральные помпы). Не допускать гипотензии в периоперационном периоде.

Тот факт, что послеоперационный делирий проявляется через сутки после операции требует его тщательной профилактики на этапе предоперационной подготовки, периоперационно и в раннем послеоперационном периоде.

Кудинов М.Ю., Нестерова Л.А., Пчелинцева В.А., Яннаева Ю.Г.

## **ДОЗИМЕТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОТЕЗАМИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Результат проведения лучевой терапии напрямую зависит от точности распределения дозы, подведенной к мишени с погрешностью в одно стандартное отклонение. Удовлетворить такому строгому требованию довольно трудно, если не учитывать все возможные особенности поведения излучения в сильно неоднородных средах, например, при наличии металлических имплантов в организме

**Цель исследования.** Изучить дозное распределение в системе, имитирующей неоднородные среды.

**Материалы и метод.** Проведен анализ проблемы наличия в поле пучка излучения протезных устройств, изготовленных из материалов с высоким атомным номером. Проведенный анализ позволяет дать рекомендации для планирования лучевой терапии. Были проведены исследования на примере цилиндрически симметричного импланта из сплава титана диаметром 26 мм, что качественно сопоставимо с медицинским протезом тазобедренного сустава. В ходе исследования изучены характеристики дозного распределения вблизи импланта

**Результаты исследования.** Исследования показали, что в тканеэквивалентной среде доза вблизи проксимальной поверхности импланта имеет незначительное отклонение от распределения дозы в однородной среде, краевые эффекты также вносят незначительный вклад в общую картину. Однако прохождение пучка сквозь подобные протезы приводит к уменьшению дозы на дистальной стороне имплантов. Эмпирическим путем было получено значение на 9,2% меньше запланированной дозы.

**Выводы.** Согласно полученным данным рекомендовано при планировании избегать полей, проходящих непосредственно сквозь металлический протез. Полученные рекомендации могут быть применимы к пациентам с протезами тазобедренного сустава, наличием штифтов, протезами головок плечевого сустава.

Кудинова Н.Н., Иванова И.И., Гончаров М.А.,  
Письменная А.Д., Савельева И.Ю.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ В – КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ У БОЛЬНОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** В-клеточные лимфомы в 60-100 раз чаще встречаются у пациентов со СПИДом, чем среди основной популяции населения, чаще встречаются у пациентов с количеством CD4+- клеток  $< 100/\text{мкл}$ . Диагноз «лимфома» ставится до 30% пациентам со СПИДом. От 5 до 20% пациентов со СПИДом имеют диагноз В-клеточной лимфомы в качестве первого или второго диагноза манифестировавшего индикаторного заболевания. Лимфома чаще встречается у мужчин, чем у женщин.

**Клинический случай.** Пациент Д. впервые обратился в ГБУЗ СОКОД 01.03.2019 с жалобами на боль в горле с иррадиацией в правое ухо, затруднение глотания при приеме пищи, снижение веса на 10 кг за последние 4 месяца. В феврале 2019 года в отделении оториноларингологии проводимое лечение по поводу лакунарной ангины было не эффективно. Был направлен в СОКОД на дообследование. Больной Д. с 2010 г находится на учете в ГБУЗ СОКЦ СПИД. Нерегулярно принимал антиретровирусную терапию. В феврале 2019 г установлен диагноз: ВИЧ-инфекция. При осмотре выявлено образования в области глоточных миндалин размерами до 4 см с наличием изъязвлений. Образования распространялись на боковые и заднюю стенку глотки. При пальпации шейной области лимфатические узлы не определялись.

Проведено обследование. При УЗИ брюшной полости выявлены спленомегалия с очаговыми образованиями. Проведено взятие материала новообразования ротоглотки для проведения гистологического и иммуногистохимического исследований. Получен результат: с учетом фенотипа и гистологического строения опухоли ротоглотки В-крупноклеточная лимфома CD20 (+) 80%

При КТ определено больше данных за лимфопролиферативное заболевания с поражением медиастинальных, шейных слева лимфоузлов, паренхимы легких, селезенки.

Установлен диагноз: С85.1 В-клеточная лимфома СД 20 (+)80% с поражением ротоглотки, медиастинальных, шейных л\у, селезенки, паренхимы легких 4а ст. 2кл.гр. ВИЧ-инфекция. Стадия вторичных заболеваний (4 Б)т, фаза прогрессирования на фоне

нерегулярного приема АРВТ. Хроническая герпетическая инфекция, ремиссия. Хроническая цитомегаловирусная инфекция, ремиссия.

Осмотр химиотерапевтом: химиотерапевтического лечение превышает ожидаемую пользу из-за низкого иммунного статуса. Рекомендовано: продолжить АРВТ - терапию. Консультация химиотерапевта при уровне клеток не ниже 150 кл\мкл. Произведена коррекция лечения ВИЧ инфекции в ГБУЗ СОКЦ СПИД .

Контрольное исследование ПЭТ КТ после лечения в ГБУЗ СОКЦ СПИД: Гиперметаболическая активность в небных миндалинах, гепатомегалия . Достоверных ПЭТ/КТ признаков позитивного неопластического процесса в других зонах сканирования на момент проведения исследования не визуализируется.

Пациент остается под наблюдением в ГБУЗ СОКОД.

**Выводы.** В развитии вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции главенствующая роль отводится снижению числа лимфоцитов CD4+ . Неходжкинские лимфомы чаще обнаруживаются у пациентов с низким содержанием CD4+-клеток, особенно если их количество меньше 100. Возобновление регулярного приема АРВТ больного СПИДом и В- клеточной лимфомы привело к регрессии лимфомы при наличии CD4+-клеток, даже меньше 100 и отсутствии специального химиотерапевтического лечения.

Лукьянова И.В., Носова Н.В., Костромина Л.И., Парфенова Н.Ю., Куликова С.А.

## **ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Рак прямой кишки занимает лидирующие позиции по заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей. В 2017 году в России зарегистрировано 29 918 новых случаев рака прямой кишки и умерло по этой причине 16 360 пациентов.

Основным методом лечения рака прямой кишки является хирургический, который может дополняться химиотерапевтическим и лучевым методом. С позиций современной онкологии ведущая роль в улучшении результатов хирургического лечения принадлежит разработке комплексной программы по профилактике рецидивов и метастазов рака, которые по сути дела отражают радикальность выполняемых операций и являются основной причиной отсутствия прогрессирования в лечении рака прямой кишки. Поэтому изучение факторов, определяющих появление локорегионарных рецидивов рака прямой кишки, и создание на этой основе профилактических мероприятий составляет главное стратегическое направление колоректальной хирургии. В основу создания такой программы должен быть заложен патогенетический принцип возникновения рецидивов с объективной оценкой механизмов их реализации.

Локализация рецидивов зависит от вида лечения: при хирургическом лечении в объёме ТМЭ 5-летняя частота рецидивов составляет 11 % и развиваются они чаще всего в пресакральной области и в области анастомозов. У пациентов, прошедших комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией, общая частота рецидивов значительно ниже. При этом уменьшается доля рецидивов в зоне анастомоза, но чаще встречаются рецидивы в пресакральном пространстве.

Большинство рецидивов диагностируется в течение первых 2-х лет после лечения. В 20-30% случаев рецидивы рака прямой кишки являются резектабельными. Очень важную роль играет ранняя и правильная диагностика.

**Материалы и метод.** По данным клинических рекомендаций Министерства здравоохранения РФ по лечению рака прямой кишки от 2020 года - при рецидиве рака прямой кишки рекомендовано проведение предоперационной дистанционной конформной лучевой терапии РОД 2 Гр, СОД 44 Гр на зону регионарного метастазирования, СОД 54-58 Гр на зону рецидива (в случае, если лучевая терапия не проводилась ранее), затем

рассмотреть возможность повторного хирургического лечения, при невозможности проведения повторного хирургического лечения рекомендована системная химиотерапия. Операцию выполняют через 10–12 недель после химиолучевой терапии. В случае невозможности проведения лучевой терапии и выполнения хирургического вмешательства проводят паллиативную химиотерапию.

При рецидиве рака прямой кишки, если лучевая терапия проводилась ранее, с целью повышения вероятности выполнения хирургического лечения в объёме R0 рекомендована консультация лучевого терапевта на предмет возможности проведения повторного курса лучевой терапии, проведение повторного курса лучевой терапии при технической возможности.

Конкретная схема и дозы повторных курсов лучевой терапии определяются индивидуально, т.к. возможность проведения повторного лечения зависит от большого количества факторов, включая использованное во время первого курса лучевой терапии оборудование, особенности выбранного во время первичного лечения объёма облучения и сроков после завершения последнего курса лучевой терапии. Не всем пациентам возможно проведение повторных курсов лучевой терапии. Проведение повторных курсов лучевой терапии с СОД менее 30 Гр нецелесообразно.

**Результаты исследования.** В отделении радиотерапии №2 за 2019-2020гг проходили лечение 10 пациентов с рецидивом рака прямой кишки после хирургического лечения. Им проводилась химиолучевая терапия в режиме традиционного фракционирования РОД 2 Гр СОД до 44 Гр на зону регионарного метастазирования и СОД до 54 Гр на зону рецидива. Лечение перенесли удовлетворительно с хорошим эффектом.

**Выводы.** Важным направлением в лечении больных с диагнозом рак прямой кишки является профилактике рецидивов путём правильного планирования лечения, сочетания предоперационной лучевой терапии и хирургического лечения, более агрессивная лечебная тактика при наличии факторов риска.

Ляс Н.В., Ткачев А.А., Тюлюсов А.М., Краснощекова Е.А.,  
Амосов Н.А., Юрченко Р.А., Машукаева А.С., Щеголева М.А.

## **НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК ЛЕГКОГО**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Рак является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире, и в 2013 году число выявленных новых случаев заболевания составило 14 миллионов. В России в общей структуре онкологической заболеваемости рак легкого в 2016 году занимал 3 место после рака кожи, меланомы и составлял 10,1%. В мужской популяции рак легкого в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями занимал первое место – 17,6% и 10 место в женской популяции – 3,8%. Абсолютное число впервые в жизни установленного диагноза рак легкого в 2016 году составляло 60467 случаев. Во всем мире в 2015 году 1,69 миллиона смертей или 19,4% – почти каждая пятая смерть – от рака легкого. Рак легкого является основной причиной смерти от онкологических заболеваний в 87 странах у мужчин и в 26 – у женщин. В структуре смертности населения России от злокачественных новообразований наибольший удельный вес составляют опухоли трахеи, бронхов, легкого – 17,4%. Абсолютное число умерших от рака легкого в РФ в 2016 году составило – 51 476. Более 1/4 – 26,5% случаев смерти мужчин обусловлены раком легкого, в женской популяции наибольший удельный вес имеют злокачественные новообразования молочной железы (16,7%), рак легкого занимает 4 место – 6,8%. Летальность больных в течение года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых на учет в России в 2013 году составляла 50,6%. Учитывая частоту и значимость такого заболевания как рак легкого, результаты его лечения, которые нельзя охарактеризовать как удовлетворяющие современным запросам врача и пациента. Закономерным является поиск новых методов воздействия на опухоль, борьба с осложнениями, улучшение качества жизни пациентов. Хирургический метод занимает особое место среди всех методов лечения рака легкого,

Лечение рака легких – задача не одного специалиста. В зависимости от конкретной ситуации, требуется наличие в клинике квалифицированного торакального хирурга-онколога, специализирующегося на лечении рака легких, химиотерапевта, специалиста по лучевой диагностике, патоморфолога, терапевта, анестезиолога, реаниматолога. В большинстве случаев рак легкого без метастазов в соседних органах

лечится хирургически. Операция по поводу рака легкого подразумевает удаление пораженной части легкого (лобэктомия) или всего легкого (пневмонэктомия) с комплексом внутригрудных лимфатических узлов. Лимфатические узлы должны удаляться профилактически, вне зависимости от данных обследования. Для большинства пациентов удаление части легкого не имеет долгосрочных последствий, и пациенты могут полноценно вернуться к привычному образу жизни. Такие операции могут выполняться как традиционным открытым способом (с использованием большого разреза), так и торакоскопически (через проколы с использованием маленького разреза только для удаления опухоли). Объем и качество операции не зависят от хирургического доступа.

Операции проводятся с использованием самого современного оборудования, включая современные электроинструменты, ультразвуковой скальпель, сшивающие аппараты. Использование данного оборудования позволяет снизить кровопотерю во время большинства стандартных операций до минимальных объемов. Во время торакоскопических операций используется камера, которая позволяет получать трёхмерное изображение грудной полости для максимально точного и тщательного проведения любых манипуляций. В торакальном отделении СОКОД широко используется методы комбинированного обезболивания, позволяющие практически исключить неприятные ощущения от послеоперационной раны. После операции, в зависимости от результатов морфологического исследования удалённого препарата, может быть назначена профилактическая (или адъюватная) химиотерапия. Назначение такой химиотерапии вовсе не означает, что в организме остались проявления заболевания. Такая химиотерапия назначается, если при изучении удалённых тканей морфолог выявил определённые факторы риска более агрессивного течения болезни. Наиболее часто это бывает при выявлении метастазов в удалённых лимфоузлах. В этом случае проведение профилактической химиотерапии может снизить риск возврата заболевания на 10-15%. При условии проведения профилактической химиотерапии возможное полное выздоровление у большинства пациентов даже при наличии факторов негативного прогноза.

**Материалы и метод.** В период с 2013 по 2019 гг. в хирургическом торакальном отделении Самарского Областного Клинического Онкологического Диспансера выполнено хирургическое лечение более 3 тысяч больных раком легкого, средний возраст которых составил 62 года. Прооперировано 1236 пациентов, радикальная операция выполнена 1175 пациентам.

Мужчин было 952 (77%), женщин – 284 (23%). Пациентов, у которых диагностирована I стадия заболевания, было 358 человек (29%), II стадия заболевания – 420 человек (34%), III стадия - 395 человек (32%) и IV стадия – 61 человек (5%).

При исследовании гистологической структуры опухоли, у 890 пациентов был выявлен плоскоклеточный рак (72%), у 346 пациентов – аденокарцинома (28%).

Радикальное хирургическое лечение выполнено 1175 пациенту (95%). Пациентам с I стадией рака легкого в 80% выполнялась лобэктомия (286 пациентов), в 10%- пневмонэктомия (36 пациентов), в 5%-билобэктомия (18 пациентов) и в 5%- атипичная резекция легкого (18 пациентов). Пациентам с 2 стадией рака легкого в 82% выполнялась лобэктомия (344 пациентов), в 15%- пневмонэктомия (63 пациента), в 3%- билобэктомия (13 пациентов). Пациентам с 3 стадией рака легкого в 40% выполнялась лобэктомия (158 пациентов), в 40%- пневмонэктомия (159 пациента), в 20%- билобэктомия (78 пациентов). Пациентам с 4 стадией рака легкого в 100% случаев выполнялась эксплоративная торакотомия.

В раннем послеоперационном периоде бронхоплевральный свищ выявлен у 16 % пациентов. Несостоятельность культи бронха развивалась в первые 10 суток. В случае развития несостоятельности культи главного бронха выполнялось редренирование плевральной полости, санация плевральной полости. Геморрагические осложнения (свернувшийся гемоторакс, внутриплевральное кровотечение) отмечены в первой группе у 8 % пациентов. Гнойно-воспалительные раневые послеоперационные осложнения наблюдались в первой группе у 19 % пациентов. Эмпиема плевры возникала в 2% случаев. У больных с эмпиемой плевры проводили санацию плевральной полости путем дренирования и проточным промыванием растворами антисептиков и антибиотиков.

Летальность составила 5%. Летальные исходы связанные с несостоятельностью культи бронхов 1,6 %, с внутриплевральными кровотечениями – 1,4 %. В остальных случаях летальность связана с сопутствующей патологией.

**Выводы.** Несмотря на успехи в лечении, рак легкого по-прежнему занимает первое место в структуре смертности от злокачественных новообразований во многих странах мира, в том числе и в Российской Федерации. Немелкоклеточный рак легкого (НМРЛ) составляет около 85% всех раков легкого. Больные с I, II и IIIA стадией НМРЛ считаются потенциально резектабельными с 5- летней выживаемостью после радикальной операции ~ 60–90%, 30– 70%, и 10–30%, соответственно. Стандартом лечения пациентов с НМРЛ является операция.

Непосредственные результаты хирургического лечения пациентов по поводу рака легкого в значительной степени определяются: а) характером и выраженностью сопутствующих заболеваний на момент операции; б) рациональным ведением ближайшего послеоперационного периода и профилактикой его осложнений.

Ляс Н.В., Шапиро С.А., Тюлюсов А.М., Амосов Н.А., Ткачев А.А., Юрченко Р.А.,  
Машукаева, А.С., Щеголева М.А.

## **РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ РАКА ПИЩЕВОДА**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Особенностью контингента больных раком пищевода является пожилой возраст, большое количество сопутствующих заболеваний на фоне отягощенного анамнеза и вредных привычек, алиментарного и паранеопластического истощения. Эти факторы в основном определяют структуру послеоперационных осложнений и летальность.

В клиниках, обладающих опытом пищеводной хирургии, послеоперационная летальность составляет 3--10% и в основном определяется нехирургическими осложнениями.

Хирургический метод лечения рака пищевода является единственно радикальным, эффективен на ранних стадиях из-за высокого инвазивного потенциала опухоли, сопряжен с высокой частотой осложнений (20-80%) и госпитальной летальностью(0-22%).

**Цель работы** - оценить послеоперационные осложнения хирургического лечения рака пищевода.

**Материалы и метод.** В отделении торакальной хирургии ГБУЗ СОКОД основным видом хирургического вмешательства при раке пищевода является операция типа Льюиса, что позволяет визуализировать весь грудной отдел пищевода, лимфоколлекторы брюшной полости и средостения. С 2013 по 2018 гг в торакальном отделении выполнено 166 операций по поводу рака пищевода, из них радикальных операций 117, паллиативных, с целью разрешения дисфагии 49.

**Результаты исследования.** Послеоперационные осложнения наблюдались у 15,6% от общего количества оперированных больных и у 22,2% от радикально оперированных больных. Хирургические осложнения по нашим данным составили 8,4% от общего количества операций и 11,9% от радикальных операций. В четырех случаях (2,4% от общего количества операций и 3,4% от радикально выполненных операций) эти осложнения привели к летальному исходу. Наиболее грозным хирургическим осложнением операции остается некроз гастротрансплантата и несостоятельность швов внутригрудного пищеводно-желудочного анастомоза. По данным В.Т.Малькевича с соавт 2016 год, хирургические осложнения в виде несостоятельности шва анастомоза и некроз трансплантата составляет 18,9%.

По нашим данным, несостоятельность шва пищеводно-желудочного анастомоза наблюдалась у двух больных (1,7%) без летального исхода. Некроз желудочного трансплантата наблюдался у трех больных (2,5%), из них двое умерли (1,7%).

Другой серьезной проблемой послеоперационного периода являются нехирургические осложнения. В наших наблюдениях они были констатированы у 12 пациентов (7,2% от общего количества операций и 10,2% от числа радикальных операций). Ведущим нехирургическим осложнением явилась тромбоэмболия легочной артерии (4,2%). Умерли все 5 больных.

Послеоперационная пневмония отмечена у 4 больных (3,4%), из них трое умерли (2,5%). Из сопутствующей патологии у больных с нехирургическими осложнениями имели место гипертоническая болезнь, ИБС, фибрилляция предсердий, атеросклероз, ХОБЛ, сахарный диабет, перенесенный в анамнезе инфаркт миокарда, белково-энергетическая недостаточность.

**Выводы.** Самым грозным хирургическим осложнением по риску летального исхода является некроз гастротрансплантата. Прогноз у пациентов, перенесших радикальную операцию, определяется стадией заболевания, сопутствующей патологией. Адекватная предоперационная подготовка, коррекция гиперкоагуляции, сопутствующей патологии, профилактика легочно-плевральных осложнений позволяет снизить частоту осложнений и летальность.

Макаева А.А., Пикалова М.В.

## **СНИЖЕНИЕ ДОЗ ОБЛУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Вопрос снижения дозовой нагрузки наиболее актуален в условиях онкологического диспансера ввиду необходимости регулярной оценки эффективности проводимой терапии. Выделяют три основные группы параметров, влияющих на дозу облучения пациентов при КТ-исследованиях: параметры протокола исследования (сила тока и напряжение в рентгеновской трубке, время ротации, питч, число каналов сбора информации, толщина коллимированного среза, количество повторных сканирований, например, до и после внутривенного введения контрастного вещества), конструктивные особенности сканера (коллимация и фильтрация рентгеновского излучения, расстояние между фокусным пятном рентгеновской трубки и изоцентром сканера, геометрическая эффективность, автоматическая модуляция силы тока, шумопонижающие алгоритмы реконструкции изображений), антропологические характеристики пациента (возраст, пол, масса тела, рост).

**Материалы и методы.** Существуют ключевые принципы, соблюдение которых может способствовать снижению доз облучения при КТ-исследованиях. Естественно, исследование должно проводиться при наличии показаний и обоснований. Также необходимо оценить возможность использования методов лучевой диагностики, не связанных с ионизирующим излучением (УЗИ, МРТ). Врачу-рентгенологу нужно предоставить полную информацию о ранее выполненных КТ/МРТ-исследованиях и хирургических вмешательствах. Важно перед сканированием убедиться в безопасности процедуры, уточнить анамнез, удалить металлические инородные предметы из области сканирования, обеспечить неподвижность пациента во время процедуры. Не следует проводить КТ брюшной полости и таза в ближайшем периоде после исследований ЖКТ с барием из-за наличия артефактов. Лаборант обеспечивает правильную укладку пациента (при исследованиях туловища руки должны быть подняты за голову для предотвращения артефактов от костей). Стол должен находиться в изоцентре сканера – при слишком высоком положении стола избыточную дозу облучения получают ткани передней поверхности тела (например, молочные железы), при слишком низком – ткани спины. Нельзя неоправданно расширять зону исследования (четко определить уровень начала и

окончания сканирования). При многофазных исследованиях после внутривенного введения контрастного вещества использовать оптимальные временные интервалы сканирования с учетом конкретной патологии (например, для диагностики метастазов карциноида в печени информативной является артериальная фаза, а метастазов колоректального рака – венозная). Для выбора оптимального времени начала сканирования рекомендуется использовать специальное программное обеспечение сканера (слежение болюса). Необходимо использовать индивидуальные средства защиты пациентов (для хрусталиков глаз, щитовидной, молочной желез, гонад). Учитывая ротационную природу излучения при КТ, укрывание тела пациента просвинцованным фартуком с одной стороны может привести к возрастанию облучения за счет отраженного излучения. Как следствие, возникает необходимость применения технических приемов снижения доз облучения. В данном случае необходимо учитывать тесную связь дозы облучения и качества полученных изображений. Важнейшей характеристикой качества КТ-изображений является шум, который визуально воспринимается как зернистость. Шум значительно снижает контрастную разрешающую способность, в результате чего, например, ухудшается визуализация патологических образований в печени. Количественно уровень шума оценивают по стандартному отклонению КТ-чисел в зоне интереса. Уровень шума находится в обратной пропорциональной квадратичной зависимости от параметров, определяющих количество фотонов, достигающих детектора (мАс, толщина коллимированного среза, время сканирования). Чем выше мАс, время сканирования (т.е. доза облучения), толщина коллимированного среза, тем меньше шум и лучше качество КТ-изображений. Следовательно, при адаптации технических параметров протокола исследования необходимо найти оптимальный баланс дозы облучения и качества КТ-изображений. Требования к качеству изображений отличаются в зависимости от исследуемой области и задачи исследования. Так, при исследовании органов брюшной полости (особенно печени) важна высокая контрастная разрешающая способность, определяемая уровнем шума. Поэтому чрезмерное снижение дозы облучения может навредить качеству диагностики. При исследованиях паренхимы легких, костных структур шум имеет менее критическое значение, поскольку легочная и костная ткани сами по себе обладают повышенной контрастностью – в этих случаях доза облучения может быть снижена без ущерба качеству диагностики. Для снижения доз облучения оператор (лаборант) может вручную регулировать мАс, что является наиболее важным способом снижения дозы облучения пациента при КТ-исследовании (доза снижается пропорционально). Снижение мАс может быть достигнуто как за счет понижения силы

тока, так и за счет использования меньшего времени ротации рентгеновской трубки. Наиболее целесообразно адаптировать мАс в зависимости от телосложения и возраста пациента. Также можно использовать пониженные значения кВ, реконструировать изображения с мягкотканым алгоритмом и большей толщиной среза, что снижает уровень шума и позволяет проводить сканирование при меньшем уровне мАс. Большие возможности по снижению доз облучения дают методы автоматической модуляции силы тока (АМСТ) – изменение силы тока в реальном времени в зависимости от степени поглощения излучения тканями или фазы сердечного цикла/дыхания. При продольной модуляции степень ослабления рентгеновского излучения тканями оценивается по топограмме, а мА изменяются в зависимости от сканируемого уровня (например, уменьшаются при сканировании нижнего отдела брюшной полости и увеличиваются при сканировании области таза). При угловой модуляции мА изменяются в каждой точке вращения трубки в зависимости от степени поглощения излучения за предыдущую ротацию (например, мА снижаются при сканировании органов грудной полости в передне-заднем и повышаются при сканировании в боковом – через плечевой пояс – направлении). Использование АМСТ позволяет снизить дозу облучения до 50% и более, не снижая при этом качество изображения.

**Выводы.** Персонализированный подход к проведению компьютерной томографии позволяет снизить дозы облучения пациентов.

Макарова И.В., Воронцова О.К., Фролова Е.В., Торопова Н.Е.

## **ЛАБОРАТОРНАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА – ОСНОВА ИНФОРМАЦИОННОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность:** Лабораторная информационная система (ЛИС) предназначена для автоматизации технологического процесса и учета в государственных и коммерческих медицинских лабораториях. ЛИС обеспечивает прием заказов на проведение лабораторных исследований из МИС, взятие и маркировку проб, выполнение исследований на лабораторных анализаторах, автоматический учет оказываемых лабораторией медицинских услуг. Интеграционные механизмы ЛИС основаны на федеральных справочниках лабораторных исследований (ФСЛИ), используют структуру сообщений HL7 CDAR2.0 в полном соответствии с требованиями к структуре документов ИЭМК и РЭМД Минздрава России 2018 года. ЛИС поддерживает электронную цифровую подпись (ЭЦП) по стандарту CAdES( CryptographicMessageSyntaxAdvancedElectronic Signatures).

**Цель внедрения ЛИС:** Минимизация количества ошибок; возможность пересылки заданий на исследование непосредственно в анализатор и автоматическое поступление результатов от анализаторов в ЛИС; автоматизация получения заказов; уменьшение времени выполнения исследований; поддержка обязательных стандартов организации и технологии рабочих процессов. Упразднение ручных операций документирования обуславливает оперативное поступление результатов к лечащим врачам, что позволяет быстрее начинать адекватное лечение, выдача результатов и отчетов исключают возможность ошибок. Кроме того, стандартизация бланков облегчает их восприятие клиницистами. Поддержка международных медицинских стандартов, форматов передачи и сохранения информации делает возможным совместимость и однозначную интерпретируемость медицинской информации в любой компьютеризированной системе, поддерживающей аналогичные стандарты. Упорядоченное хранение данных в электронной форме упрощает анализ медицинской информации. В то же время возможность протоколирования позволяет отследить судьбу любого биоматериала в лаборатории, что способствует разрешению спорных ситуаций в работе.

Экономический эффект внедрения в ЛИС обеспечивается снижением накладных расходов медицинского учреждения на проведение лабораторных исследований за счет

следующих факторов: уменьшение количества конфликтных ситуаций, связанных с потерей информации; наличие единой базы данных позволяет в любой момент выдать копию результатов исследования без проведения повторного анализа и лишнего расхода реагентов; автоматическое формирование отчета об оказанных услугах для медицинских страховых компаний позволяет сократить расходы рабочего времени на подготовку отчетов. Доступ ЛИС к базе данных ФОМС сводит к минимуму количество отказов страховых компаний в оплате услуг из-за неправильно указанных данных пациента.

Уменьшение объема рутинной работы персонала повышает производительность лаборатории. ЛИС позволяет обеспечить доступ к данным лаборатории строго определенному кругу лиц. Это обусловлено системой паролей операционной системы и средствами индивидуальной идентификации типа аппаратных ключей защиты. Протоколирование рабочего процесса ЛИС (фиксация времени поступления материала, его регистрация, поступления результатов, утверждения результатов и выдача отчета об исследовании) позволяет защитить лабораторию и ее персонал в случае возникновения юридических конфликтов. Архивирование данных также является элементом безопасности системы. ЛИС обеспечивает многоуровневое резервное копирование данных, в т.ч. на внешних носителях (СД, магнитооптические диски), что позволяет восстановить данные и работоспособность системы в случае различных сбоев, причем во многих случаях восстановление данных осуществляется автоматически.

Функциональные возможности ЛИС: регистрация пациентов и поступающих материалов; регистрация заданий на исследование для каждого образца и распределение заданий между рабочими местами лаборатории; регистрация результатов исследований – автоматическое получение данных от анализаторов, формирование бланков-ответов с результатами исследований на русском языке и сортировка печатных отчетов по различным заказчикам. Функциональность программного обеспечения ЛИС соответствует требованиям стандартов организации и работы лабораторий, в частности стандарта ГОСТ ИСО 15189-2006.

**Выводы.** Таким образом, внедрение ЛИС позволило: обеспечить рациональное управление лабораторными потоками – сбор биоматериала, анализ, возврат результатов и отчетность лабораторных данных; за счет оптимизации процесса сократить заполнение бумажных форм, увеличить производительность труда; минимизировать количество ошибок; учитывать все информационные проблемы ГБУЗ СОКОД. Поэтому Лабораторная информационная система (ЛИС) является важным инструментом

организации технологического процесса лаборатории, обеспечения управления и качества на всех этапах лабораторных исследований.

Махонин А.А., Габриелян А.Г., Нестеров А.Н., Осокин О.В., Синотин А.И

## **ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ЭЗОФАГОФАРИНГЕАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ ЛАРИНГЭКТОМИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕКТОРАЛЬНОГО ТРАНСПЛАНТАТА**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** В России ежегодно регистрируются более 7 тысяч новых случаев раком гортани. Из общего числа выявленных около 75% это запущенные стадии как по первичной опухоли, так и по регионарному метастазированию. Согласно данным клинических рекомендаций основным методом лечения местно- распространенного рака гортани и гортаноглотки осложненным дисфагией, и стенозом, является комбинированный, с расширенным удалением органа, что позволяет достичь 5-летней выживаемости у 50–65 % больных. Несмотря на всё это, данный метод значительно снижает качество жизни пациентов, приводя тем самым к существенной инвалидизации и длительной хирургической реабилитации включающей отсроченные этапы пластики. Немало важной целью в хирургии гортани наряду с онкологической надежностью, уделяется одномоментной реконструкции эзофагофарингеального комплекса, точнее выбору способа и его реализация.

**Цель исследования.** Оценить ранние результаты хирургического лечения при одномоментной реконструкции эзофарингеального комплекса после расширенных ларингэктомий.

**Материалы и метод.** В отделение опухоли головы и шеи в период с 2016 по 2019гг., прооперировано 18 первичных больных мужского пола с местно-распространенным раком гортаноглотки. Распространенность опухолевого процесса соответствовала T4aN0bM0-12 пациентов и T4aN1M0 -6 пациентов. На момент поступления у 10 пациентов имела дисфагия с различной степенью выраженности длительностью в среднем 2-3 месяца и кахексия. Субкомпенсированный стеноз гортани у 9 пациентов, что являлось показанием для проведения оперативного вмешательства на первом этапе. Объем оперативного вмешательства выполнен: в 7 случаях расширено-комбинированная ларингэктомия с резекцией боковой стенки глотки радикальной шейной диссекцией и реконструкцией эзофагофарингеального комплекса кожно-мышечным пекторальным трансплантатом с осевым кровоснабжением; в 6 случаях расширено-комбинированная ларингэктомия с резекцией передне-боковых стенок шейного отдела пищевода, боковой стенки глотки и радикальной шейной диссекцией с реконструкцией дефекта мышечным пекторальным трансплантатом с осевым

кровоснабжение; в 5 случаях расширено-комбинированная ларингэктомия с резекцией переднее - боковых стенок шейного отдела пищевода, глосэктомией, боковой стенки глотки и радикальной шейной диссекцией с модификацией и реконструкцией дефекта кожно - мышечным пекторальным трансплантатом с осевым кровоснабжением.

**Результаты исследования.** Использование пекторального лоскута позволило полностью восстановить верхние отделы пищеварительной системы 18 пациентам. Всем пациентам после удаления назогастрального зонда выполнена фарингоэзофагоскопия и рентгенография, достоверных данных за сужение не получено. Несостоятельность швов глотки с формированием свищей, отмечено в 4-х случаях, у пациентов с расширено - комбинированной ларингэктомией с глосэктомией, на 6, и 11 сутки, что не привело к образованию стойких оростом. Питание через рот восстановлено в сроки от 12 до 16 дней у 17 пациентов. У одного прием пищи через естественные пути затруднен.

**Выводы.** Использование пекторального трансплантата при одномоментной пластики эзофагофарингеального комплекса после расширенных ларингэктомий достоверно оправдано, чему свидетельствуют полученные результаты. Пролеченные пациенты лишены фарингостом, эзофагостом и необходимости дальнейшей хирургической реабилитации и отсроченной пластики.

Мельников В.А., Козлов С.В., Тюмин И.В.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ КЛЕТКИ МЕТОДОМ АНАЛИЗА ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ПОТОКОВ**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России*

**Актуальность.** В 2011 году признак «нарушение регуляции клеточной энергетики» был добавлен в список ключевых признаков опухолевой клетки. За последние десять лет представления молекулярной онкологии об энергетическом метаболизме злокачественной клетки кардинально изменились. Было обнаружено, что большинство ключевых процессов, протекающих в опухоли, так или иначе оказывают влияние на ее метаболизм и, в свою очередь, находятся под влиянием метаболизма. Несмотря на быстро растущий интерес к метаболизму рака, природа метаболических изменений, которые вызывают метаболические фенотипы, которые придают опухолевым клеткам онкогенные и метастатические свойства, такие как повышенная пролиферация и способность избегать апоптоз, до сих пор не совсем понятна.

**Цель исследования.** Изучить энергетический метаболизм раковой клетки методом анализа внеклеточных потоков.

**Материалы и метод.** Исследования были проведены в лаборатории иммунологического типирования на базе центра клеточных и репродуктивных технологий ГБУЗ «Династия». Для исследования энергетического метаболизма клеточных культур в ходе эксперимента был использован автоматический анализатор внеклеточных потоков SeaHorse XFp (Agilent Technologies, США). В эксперименте была использована адгезивная культура линии HeLa (карцинома шейки матки). Культивирование проводили с использованием рекомендованных стандартных сред и в стандартных условиях. В качестве контроля использовалась культура мезенхимальных стромальных стволовых клеток (МСК), полученная из ткани пуповины донора. В ходе эксперимента в режиме реально времени аппарат фиксировал два основных показателя клеточного дыхания: скорость поглощения кислорода и скорость внеклеточного закисления протонами, характеризующих интенсивность протекающих процессов окислительного фосфорилирования и гликолиза соответственно. Также для анализа дефектов клеточного дыхания были проведены митохондриальные стресс-тесты с добавлением разобщителей дыхательной цепи в изучаемые культуры.

**Результаты исследования.** В результате 50 выполненных протоколов на анализаторе клеточного метаболизма мы обнаружили угнетение двух классических путей получения энергии (окислительное фосфорилирование и гликолиз) у злокачественной культуры HeLa в отличие от нормального показателя у клеточной культуры МСК. Так показатель, характеризующий интенсивность окислительного фосфорилирования у клеток HeLa снижен в среднем на 54,2% по сравнению с показателем у контрольной культуры МСК. Показатель, характеризующий в свою очередь интенсивность процессов гликолиза снижен у опухолевой культуры на 85,4% по сравнению с контролем. Проведенные митохондриальные стресс-тесты выявили, что после добавления разобщителей дыхательной цепи у контрольной культуры происходит снижение показателя окислительного фосфорилирования на 47,7%, в то время как у злокачественной культуры – на 1%. Таким образом, культура HeLa не реагирует на введение митохондриальных ингибиторов.

**Выводы.** Полученные данные могут говорить о появлении у злокачественных культур линии HeLa дополнительного способа получения энергии, позволяющего клеткам приобретать свойства неконтролируемого роста и метастатического распространения.

Мифтахутдинова М.И., Копылов А.В.

## **ПРЕПАРАТ КСОФИГО В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КАСТРАЦИОННО-РЕЗИСТЕНТНЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Рак предстательной железы – наиболее часто встречающаяся опухоль мочеполовой системы у мужчин. В мире ежегодно диагностируют около 1,6 миллиона случаев РПЖ, а 366 тысяч мужчин ежегодно погибают от этой патологии. В Российской Федерации заболеваемость РПЖ также неуклонно возрастает. Так, в 2017 г. впервые выявлено 40 785 новых случаев РПЖ и стандартизованный показатель составил 40,47 на 100 тыс. населения. Прирост заболеваемости с 2007 по 2017 гг. – 70,61 % при среднем темпе прироста за 2017 г. – 5,09 %. Смертность от РПЖ в России увеличилась в течение истекших 10 лет. В 2017 г. в 11 России от РПЖ умерло 12 565 мужчин. За 10 лет (с 2007 по 2017 гг.) прирост показателя смертности составил 13,85 % при среднегодовом темпе прироста 1,29 %. Несмотря на совершенствование методов диагностики РПЖ и внедрение ПСА-мониторинга, заболеваемость запущенными формами РПЖ в России остается высокой. По данным на 2018 г., метастатический РПЖ IV стадии, при которой уже невозможно проведение радикального лечения данных пациентов, верифицирован у 18,9% пациентов. В настоящее время одним из новейших методов лечения метастатического КРРПЖ стал препарат Ксофиго(международное непатентованное или группировочное название –Радия хлорид [223 Ra]). Ксофиго – это терапевтический альфа-излучающий радиофармацевтический препарат с таргетным противоопухолевым воздействием на костные метастазы. В крупном исследовании III фазы (ALSYMPCA), включившем 921 больных с метастатическим КРРПЖ, которых рандомизировали в группу шести инъекций радия-223 в дозе 50 кБк/кг или плацебо, в комбинации со стандартом терапии. Первичной конечной точкой была общая выживаемость. В группе радия-223 наблюдалось значимое улучшение медианы общей выживаемости на 3,6 месяца, также было продемонстрировано, что эффективность альфа-радиотерапии не зависела от предшествующего назначения доцетаксела. Препарат также коррелировал с увеличением времени до первого костного осложнения (патологический перелом, компрессия спинного мозга), снижением выраженности болевого синдрома и улучшением качества жизни. Радий-223 является одним из препаратов, рекомендованных для терапии больных метастатическим КРРПЖ во второй линии при прогрессировании заболевания после

терапии первой линии, включая подгруппу пациентов с болевым синдромом, костными поражениями и без висцеральных метастазов. Механизм действия основан на том, что Радия хлорид [ $^{223}\text{Ra}$ ] имитирует кальций и образует комплексное соединение с минералом костной ткани гидроксиапатитом. Благодаря этому изотоп радия избирательно воздействует на костную ткань, в частности на костные метастатические очаги рака предстательной железы. Противопоказанием служит лишь гиперчувствительность к действующему веществу или любому вспомогательному компоненту. Перед началом лечения обязательно прохождение обследований пациентом в виде сцинтиграфии костей скелета с  $\gamma$  накопления РФП, ТРУЗИ, КТ или МРТ органов брюшной полости, рентгенография или КТ легких для подтверждения отсутствия висцеральных метастазов, ОАК, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, ЛДГ, щелочная фосфатаза, ПСА в динамике. Также необходима выписка из истории болезни с указанием: диагноза, гистологического заключения, даты выявления заболевания, даты и обстоятельств выявления метастазов в кости, сведений о проведенном лечении (хирургическое, гормонотерапия, химиотерапия, лучевая терапия, радионуклидная терапия), динамики ПСА на фоне проводимого лечения. Ксофиг вводится в виде медленной внутривенной инъекции. Курс состоит из 6 введений с интервалом в 28 дней.

**Материалы и метод.** До 2017 года пациенты с диагнозом РПЖ в ГБУЗ СОКОД получали лечение в виде андрогенной депривации (медикаментозная или хирургическая кастрация), введения бисфосфонатов, химиотерапии. В ГБУЗ СОКОД первое введение препарата было 11.07.2020г. Лечение получили 11 пациентов, все перенесли удовлетворительно.

**Выводы.** Таким образом, препарат Ксофиг в международном рандомизированном исследовании III фазы ALSYMPCA зарекомендовал себя единственным специфическим для костной ткани препаратом, для которого показано преимущество в выживаемости.

Николаенко А.Н., Хобта Р.В., Иванов В.В., Меркулов В.Н., Сапожников В.А.

## **РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ БИОНИЧЕСКИХ ЭНДОПРОТЕЗОВ СУСТАВОВ КИСТИ С ПОМОЩЬЮ СЕЛЕКТИВНОГО ЛАЗЕРНОГО СПЕКАНИЯ**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Введение.** Кисть и пальцы – главные инструменты в любой работе. Снижение их функциональности во многом приводит к уменьшению трудоспособности, к ограничению возможностей человека. На современном этапе развития техники и технологий функция кисти должна быть восстановлена максимально, так как для управления сложными механизмами требуются точные, строго дозированные движения. Для полного восстановления функциональности кисти после хирургических вмешательств или травм требуется максимально точно повторить анатомию утраченных сегментов кисти.

Эта амбициозная задача возможна при использовании 3D – моделирования и аддитивных технологий. Методика позволит персонифицировать подход к сложному анатомо-физиологическому строению кисти, индивидуально восстановить точки крепления мышц и сухожилий, восстановить мелкую моторику кисти в полном объеме.

**Цель исследования:** разработать технологию получения экспериментального образца персонифицированного эндопротеза сустава кисти с помощью селективного лазерного спекания.

**Материал и методы исследования.** Первым этапом технологического процесса аддитивного производства является подготовка stl\* файла 3D - модели имплантата в программном обеспечении установки SLM 280HL – подготовка SLM - процесса (селективное лазерное сплавление).

Лазерное сплавление проводилось на установке SLM 280HL с размером рабочей камеры 280x280x350 мм. В процессе сплавления применялся иттербиевый волоконный лазер мощностью 400 Вт. Частицы титанового порошка сплавлялись на титановой подложке.

Исходными материалами для СЛС (селективное лазерное сплавление) являются порошки, к которым предъявляется ряд требований: сферическая форма частиц, дисперсность структуры, фазовый и химический составы, микрокристаллическая структура и распределение частиц по размерам, технологические характеристики (высокая текучесть, насыпная плотность и т.д.).

В данной работе в качестве исходного материала использовали титановый порошок марки ВТ1-0. Для анализа элементного состава материала использовался рентгеноспектральный микроанализ. Исследование структуры порошка производилось на растровом электронном микроскопе Tescan Vega.

Микроструктура образцов, полученных методом СЛС, существенным образом зависит от характеристик исходного порошка и режимов обработки.

Основными параметрами селективного лазерного сплавления являются: мощность лазера (Вт); скорость сканирования (мм/с); толщина слоя (мкм); расстояние между треками (мм); защитная атмосфера.

Качество спекаемых слоев характеризуется максимально достижимой точностью, равномерной плотностью, максимальной и минимальной толщиной обрабатываемого слоя.

**Результаты.** Результаты обработки stl\* файла 3D - модели имплантата: высота детали при выращивании - 18 мм; толщина слоя построения - 50 мкм; общее число слоев – 360; количество порошка для заполнения колодца построения - 5 кг; количество порошка для основного материала детали – 0,09 кг; количество порошка для материала поддержки - 0,02 кг; время построения – 3,5 часов; время подготовки машины, снятие детали - 2,5 часа.

Массовая доля химических элементов титанового порошка соответствует эталонной, порошок обладает достаточно высокой степенью чистоты, примесей не содержится.

Максимальный размер частиц в исходном порошке составлял 77,5 мкм, частицы имеют правильную равноосную геометрическую форму и средний размер частиц 50 мкм. Сыпучесть титанового порошка составила 6 с/100г.

По результатам отработки оптимального режима СЛС (экспериментальным путем) были изготовлены образцы прямоугольного сечения, представляющие из себя пластины с длиной, шириной и высотой равной 70мм, 2мм, 10мм соответственно. В качестве оперируемых параметров лазера использовались: мощность, скорость сканирования поверхности слоя порошка. Количество передаваемой энергии было оценено с помощью параметра линейной плотности энергии (ЛПЭ) равной отношению мощности излучения (Р) к скорости сканирования V ( $ЛПЭ = P/V$ ). Диапазон рассматриваемого параметра ЛПЭ составил 0,30...1,65 Дж/мм, скорость сканирования была определена с шагом 50 мм/с.

Методом СЛС получены титановые образцы. Качество спекаемых слоев характеризуется равномерной плотностью, максимально достижимой точностью и прочностью (750 МПа), сферической формы частиц. Определено, что размеры пор в материале при принятых технологических режимах находились в пределах размеров частиц. Резюмируя, можно сделать вывод, что отработанная технология СЛС обеспечивает получение высокого комплекса механических свойств, а также имеет перспективы для дальнейшего изготовления имплантатов из титановых сплавов.

**Выводы.** Представленные в работе результаты являются базой исследований и разработок, направленных на совершенствование процесса СЛС и повышения эксплуатационных свойств изготавливаемых персонифицированных эндопротезов.

Далее важным этапом является выбор оптимальных параметров обработки, как экспериментальным путем, так и методами математического моделирования, что позволит усовершенствовать и ускорить процесс создания изделий с заданным комплексом требований.

Николаенко А.Н., Хобта Р.В., Иванов В.В., Меркулов В.Н., Сапожников В.А.

## **ОЦЕНКА БИОСОВМЕСТИМОСТИ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ БИОНИЧЕСКИХ ЭНДОПРОТЕЗОВ IN VIVO**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Введение.** Учитывая высокие требования к функциональности кисти, идет постоянное усовершенствование методов эндопротезирования. Для полного восстановления функций кисти после хирургических вмешательств или травм требуется максимально точно повторить анатомию утраченных сегментов кисти. С этой целью активно апробируется методика персонифицированного эндопротезирования в соответствии с индивидуальными анатомо-топографическими особенностями конкретного пациента. Технология 3D-моделирования и 3D-печати позволит замещать пострезекционные и посттравматические дефекты кисти любой протяженности, в короткие сроки восстанавливать утраченную функцию в полном объеме за счет полного повторения анатомии удаленного сегмента кости, подбирать индивидуальные точки крепления мышц и сухожилий, тем самым восстанавливать мелкую моторику кисти.

**Цель исследования:** провести анализ биосовместимости материалов, предназначенных для изготовления персонифицированных эндопротезов суставов кисти in vivo.

**Материалы и методы исследования.** Для проведения эксперимента были выбраны кролики породы Советская шиншилла (n=4) обоего пола весом 4500г. Животных содержали в условиях сертифицированного вивария (ИСО 9001:2008). При выполнении исследования руководствовались национальным стандартом РФ ГОСТ Р 33044-2014 «Принципы надлежащей лабораторной практики», полностью аутентичным стандартам GLP/OECD.

Для выполнения исследования на этапе in vivo были получены стерильные образцы тестируемых материалов (n=4) двух разновидностей. Одни из них представляли собой пластины размерами 0,5×0,6×0,9см с шероховатой поверхностью и несколько заостренным краем в виде трапеции на одном из краев, поверхность их была блестящей. Остальная поверхность была матовой, шероховатой. Второй вид образцов был представлен цилиндрами, диаметром 1,5мм и длиной 3мм, поверхность значительно шероховатая. Материалы в виде цилиндра были предназначены для имплантации в костную ткань кроликов, а материалы в виде пластин предназначались для имплантации в

мягкие ткани, в частности в мышечную. Материалы получены из титанового порошка марки BT1-00 методом лазерного спекания.

До начала выполнения эксперимента за 12 часов до операции у животных убирали корм, при сохранении неограниченного доступа к воде. Выполняли седацию рометаром (2мг/кг). За 20 минут до операции выполняли премедикацию с использованием раствора атропина сульфата (0,1мг/кг) и рометара (2мг/кг). Наркотизацию выполняли путем инъекции раствора золетила-100. Шерсть сбрасывали полностью на двух задних конечностях и в области крестца при помощи триммера. Операционное поле, представленное наружной поверхностью бедра, обрабатывали дважды спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата. Оперативный доступ с рассечением кожи и фасций осуществляли в проекции напрягателя широкой фасции бедра. Мышечные волокна расслаивали тупым путем с последующим атравматичным формированием кармана в который помещали один из тестируемых образцов в виде пластины. Разведенные мышечные волокна сводили при помощи одного шва с использованием нити «Полисорб 5/0». После чего рану послойно ушивали. На кожу накладывали отдельные узловыы швы. Асептическое покрытие – тетрацилин 2,5%.

При имплантации в костную ткань применяли ту же предоперационную подготовку. В условиях аналгезии производили доступ в проекции пальпируемой ушковидной поверхности тазовой кости с целью выделения ее крыла. Стоматологическим бором с алмазной шаровидной головкой в костной ткани был сформирован дефект глубиной 3,2мм и диаметром 1,2мм. В области сформированного отверстия произведен гемостаз, а тестируемый материал в виде цилиндра погружен в костный дефект. Рана послойно ушита. Асептическое покрытие – тетрацилин 2,5%.

В течение 9 суток после операции производился ежедневный контроль раны, ректальной температуры. Анестезия в терапевтических дозах проведена только в первые 2-е суток после операции. Сроки наблюдения за животными составили 30 и 90 суток.

По истечении контрольных сроков животные были выведены из эксперимента путем введения летальной дозы тиопентала натрия внутрисердечно на фоне наркотизации и аналгезии. При исследовании были выделены макропрепараты, произведено их описание. В дальнейшем фрагменты полученного материала были погружены в 10% нейтральный раствор формалина. Обезвоживание макропрепаратов произведено в спиртах восходящей концентрации. Для объектов из костной ткани проведена их деминерализация. Далее объекты были залиты в парафин с получением блоков, после чего изготовлены гистологические срезы толщиной 5-6мкм на микротоме Sakura Accu-Cut

SRM200 (Sakura, Finetek, Япония), которые были окрашены по стандартным методам гематоксилином и эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону. Препараты изучали вслепую при помощи биологического микроскопа КСС-31OPD, фотосъемку проводили фотокамерой Nikon Alphaphot-2 YS2-H (Nikon, Япония).

**Результаты.** Через 30 суток с момента имплантации тестируемого материала в мышцы отмечено, что мышечные волокна значительно неравномерно увеличены в размерах, округлые, снижена восприимчивость к красителям. В эндомизии явления отека, инфильтрации лимфоцитами, макрофагами, а также фибробластами. На фоне отека хорошо видны тонкие коллагеновые волокна, расположенные в эндомизии. Вокруг тестируемого материала формируется гетерогенная капсула, представленная на этом сроке рыхлой неоформленной соединительной тканью со значительным преобладанием клеточного компонента, а также с формированием многочисленных протяженных локусов лимфоцитарно-эозинофильной инфильтрации. Места скопления микрокрошек от тестируемого материала также значительно инфильтрированы лимфоцитами, в структуре которых содержатся гигантские клетки инородных тел с 2-4 ядрами. Сосуды в структуре капсулы немногочисленные с расширенными просветами, с признаками полнокровия.

При анализе макропрепарата костной ткани, содержащей тестируемый материал отмечено, что последний погружен в ее структуру, признаков воспаления и нестабильности материала не выявлено. При гистологическом исследовании выявлено, что поверхность материала окружена губчатой костной тканью, трабекулы последней не расширены, не истончены, восприимчивость к красителям снижена, неравномерная. Остеоцитарные лакуны значительно расширены и оптически пустые за счет процессов лакунарного остеолизиса. Единичные остециты с признаками кариопикноза. Межтрабекулярное пространство заполнено преимущественно жировой тканью и соединительной. Наряду с этим отмечено присутствие небольших групп остеобластов, что в целом свидетельствует о процессах ремоделирования костной ткани в присутствии данного материала.

К 90 суткам после имплантации в мышцу макропрепарат представлен плотной фиброзной тканью, охватывающей тестируемый материал. При микроскопическом исследовании подтверждено наличие сформированной фиброзной капсулы. Первыми клетками контакта вокруг него были гигантские клетки инородных тел, включающие в свой состав 14-28 ядер. На периферии от фиброзной капсулы изменения в мышечной ткани по типу очагового липоматоза с фиброзом на фоне дистрофии мышечных волокон. Лимфоцитарные и эозинофильные инфильтраты на этом сроке не выявлены.

На макропрепарате тестируемый материал полностью погружен в костную ткань и интегрирован в нее. Признаки воспаления не выявлены.

При микроскопическом исследовании отмечено вокруг поверхности тестируемого образца наличие тонкой капсулы с циркулярно ориентированными волокнами соединительной ткани и сосудами, содержащих эритроциты на ее периферии. Край ранее сформированного дефекта, обращенного к имплантированному материалу, представлен новообразованной костной тканью на этапе ее оссификации (слабое окрашивание, широкие лакуны, содержащие остециты) и формирования остеонной структуры.

**Заключение.** Представленный для тестирования *in vivo* материал является биосовместимым.

Николаенко А.Н., Хобта Р.В., Иванов В.В., Меркулов В.Н., Сапожников В.А.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ КИСТИ**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

Хирургическое лечение больных с доброкачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями трубчатых костей кисти является не столько онкологической, сколько ортопедо - онкологической проблемой, так как удаление опухолевых очагов в пределах здоровых тканей предусматривает последующее восстановление анатомической целостности и функции оперированной конечности, что должно осуществляться с соблюдением современных принципов ортопедии. На современном этапе развития техники и технологий функция кисти должна быть восстановлена максимально, так как для управления различными механизмами требуются зачастую строго выверенные, дозированные движения.

Преимущественно доброкачественный характер новообразований в трубчатых костях кисти позволяет применять органосохраняющие способы оперативного лечения. Такие операции, как экзартикуляция и ампутация пальцев кисти, применяются крайне редко. Однако, мнения ученых в отношении способов оперативного лечения и замещения пострезекционных дефектов трубчатых костей кисти расходятся. Органосохраняющие оперативные вмешательства требуют поиска оптимальных способов замещения пострезекционных костных дефектов. Выбор пластического материала для замещения дефектов трубчатых костей кисти, образующихся после радикального удаления очага, остается актуальным и дискуссионным. До настоящего времени не определены рациональные методы оперативного вмешательства и не обоснован выбор наилучшего пластического материала, что способствует сохранению высокого процента неудовлетворительных результатов, в пределах 2,9% - 15,9%.

Мнение о пластике пострезекционных дефектов трубчатых костей кисти аутооттрансплантатами, обладающими по сравнению с аллотрансплантатами более выраженными остеointегрированными свойствами, имеют большинство сторонников.

В настоящее время в реконструктивной хирургии отдается предпочтение реплантатам резистентным к инфекции, аутоиммунной агрессии организма, способным к полной органотипической перестройке в процессе ремоделирования костной ткани. Всем перечисленным требованиям соответствуют васкуляризированные аутооттрансплантаты.

Вместе с тем, использование кровоснабжаемых аутотрансплантатов на сосудистой ножке, методик несвободной костной пластики по Г.А. Илизарову для замещения пострезекционных дефектов коротких трубчатых костей проблематично из-за малых величин объектов, трудоемкости остеосинтеза, а в ряде случаев его невозможности. Особенностью хирургического лечения доброкачественных и опухолеподобных поражений коротких трубчатых костей кисти является то, что образующиеся дефекты являются в абсолютных числах небольшими, однако, в относительных величинах они составляют до 100 % потери костной ткани. Недостатком аутотрансплантации является дополнительная операционная травма, при этом, возможны осложнения в виде формирования отека, гематомы и абсцедирования.

В идеале материалы для восстановления костной ткани должны обладать целым комплексом свойств, среди которых важное значение имеют остеоиндуктивность, скорость биорезорбции, архитектура материала (степень пористости, размер пор, степень их взаимосвязанности), микрорельеф поверхности (шероховатость) и т.д. Перечисленные свойства материалов обеспечивают адгезию на них клеток и последующую клеточную экспансию, дифференцировку, васкуляризацию имплантата, а также его взаимодействие с окружающими тканями.

Использование для пластики пострезекционных дефектов трубчатых костей кисти синтетических материалов начато с 80-х годов XX столетия. Предложено множество различных биологических трансплантатов, органических, неорганических синтетических материалов для замещения остаточных костных дефектов. Однако, одни из них малоэффективны, другие малодоступны, третьи технически сложны в заготовке и использовании или требуют повторного оперативного вмешательства для их извлечения. Существуют несколько клинических примеров использования синтетических трансплантатов.

С 90-х годов XX века в клиниках апробируются и используются различные варианты биокерамических материалов, полученных высокотемпературным спеканием гидроксиапатита (ГА) -  $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$ , который считается стехиометрическим аналогом минеральной составляющей костной ткани человека. Биокерамика на основе ГА является биосовместимой, однако, она медленно резорбируется, вследствие чего не полностью замещается новообразованной костной тканью, а оказывается как бы «вмурованной» в нее. То есть, остеозамещающие материалы на основе ГА не позволяют добиться образования правильно организованной костной ткани, а несоответствие скорости их биорезорбции со скоростью остеогенеза в зоне дефекта приводит в конечном

итоге к выполнению объема дефекта тканью с недостаточными прочностными свойствами.

Немало важным аспектом в хирургическом лечении доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний трубчатых костей кисти является выполнение этапа остеосинтеза. Так как развитие опухоли в костях подразумевает нарушение состава и дифференцировки тканей и как следствие снижение механической прочности. Переломы костей возникают в результате нагрузки, при которой возникает угловое ускорение и центростремительная сила, действующая перпендикулярно оси кости, под действием приложенной силы к кости происходит деформация изгиба и точечная усталость. Анализ результатов показал, что восстановление прочности кости и устойчивости к деформации достигается в результате выполнения этапа остеосинтеза при оперативном лечении больных с опухолями костей. При этом металлоконструкция играет роль шинирования кости за счет компрессии, поддержки, перемыкания и защиты.

В настоящее время среди травматологов - ортопедов широко распространено мнение, что краевая резекция у больных с доброкачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями трубчатых костей кисти обеспечивает наиболее безупречный результат. Но даже при выполнении обширных иссечений, вплоть до сегментарных резекций, возможны случаи повторного роста опухолевой ткани. А параллельно возникшая проблема замещения пострезекционных дефектов послужила поводом для разработки способа обработки костной полости и поиска подходящего по всем параметрам пластического материала.

Таким образом, значительная частота патологии, анатомо-топографические особенности кисти, многообразие форм доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний трубчатых костей кисти, высокие функциональные требования к кисти как органу, отсутствие единой точки зрения в отношении выбора оптимальной хирургической тактики и способов замещения дефектов кости свидетельствуют об актуальности данной работы и послужили темой для дальнейших исследований.

Окунева И.В., Золотарева Т.Г., Козлова О.А., Коневская Т.В., Хмара Э.Ю.

## **АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ АКЦИЙ ОТДЕЛЕНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГБУЗ СОКОД**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Широкое распространение хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), как в Российской Федерации, так и в Самарской области, является в настоящее время основной причиной преждевременной смертности населения. По итогам 2018 года показатель общей смертности населения Самарской области составил 1352,30 на 100 тыс. населения. На первом месте – смертность от болезней системы кровообращения – 603,54 на 100 тыс. населения (2017 г. – 564, 70), на втором месте – от онкологических заболеваний – 194,40 на 100 тыс. населения (2017 г. – 203,99), на третьем месте – от других причин – 300,46 на 100 тыс. населения (2017 г. - 317,91), на четвертом месте – от несчастных случаев, отравлений и травм – 126,25 на 100 тыс. населения (147,65), на пятом месте – от болезней органов пищеварения – 65,08 на 100 тыс.населения (2017 г. – 64,15). Для основных заболеваний, определяющих смертность, достоверно доказано наличие управляемых факторов риска возникновения, воздействие на которые позволяет снизить смертность. Для этой цели на государственном уровне разрабатываются проекты и программы борьбы с различными заболеваниями. Для улучшения показателей выживаемости снижения смертности при онкологических заболеваниях в Самарской области реализуется региональная целевая программа «Борьбы с онкологическими заболеваниями» в рамках Федерального национального проекта «Здравоохранение».

**Цель исследования:** анализ вовлеченности населения в профилактические мероприятия, направленные на выявление и устранение факторов риска развития ХНИЗ и формирование здорового образа жизни (ЗОЖ), включая популяризацию здорового питания, физической активности, противодействие потреблению табака.

**Материалы и методы.** В анализе использовались данные ежегодных отчетов отделения медицинской профилактики с 2015 по 2019 годы. Для широкого охвата деятельностью по профилактике онкологических заболеваний и формированию ЗОЖ населения разных возрастных групп отделением медицинской профилактики составляется график проведения профилактических мероприятий, который утверждается главным врачом ГБУЗ СОКОД. Профилактические акции проводятся ежегодно по следующим темам:

- Всемирный день борьбы против рака
- Всемирный день пациента
- Всемирный день здоровья
- Всемирный день без табака
- Всемирный день борьбы с меланомой
- Европейская неделя ранней диагностики рака головы и шеи
- День защиты детей «Здоровый ребенок – счастливая семья»
- Всемирный месяц борьбы с раком груди

Акции проводятся совместно с врачами-онкологами ГБУЗ СОКОД. Профилактические мероприятия подобного рода не только позволяют на ранней стадии выявить факторы риска развития различных заболеваний, но и способствует формированию у населения Самарской области ответственного отношения к своему здоровью.

С 2016 года отделение медицинской профилактики ежегодно участвует в Европейской неделе ранней диагностики рака головы и шеи. Эти мероприятия проводятся совместно с врачами-онкологами ГБУЗ СОКОД, врачами-оториноларингологами и врачами-стоматологами. В 2018 году была проведена масштабная добровольческая акция «Волонтеры медики» совместно с ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России и ГБПОУ «СМК им.Н.Ляпиной». В 2019 году в Акции по ранней диагностике меланомы кожи, помимо врачей-онкологов ГБУЗ СОКОД принял участие старший научный сотрудник НМИЦ им.Н.Н.Блохина. В 2019 году сотрудники отделения медицинской профилактики ГБУЗ СОКОД приняли участие во Всероссийской акции «Онкопатруль». Данное мероприятие проходимо совместно с ведущими специалистами - онкологами ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

**Результаты исследования.** В данной работе представлены результаты работы отделения медицинской профилактики за 5 лет. В период с 2015 по 2019 годы отделением медицинской профилактики ГБУЗ СОКОД было проведено 65 широкомасштабных акций, в которых приняли участие 7264 человека (рисунок 1).



Рис.1

Из них: совместно с врачами-онкологами ГБУЗ СОКОД – 34, с врачами-дерматологами ГБУЗ СОКВД – 21, с врачами-наркологами – 1, с Центрами здоровья – 13 (рисунки 2).

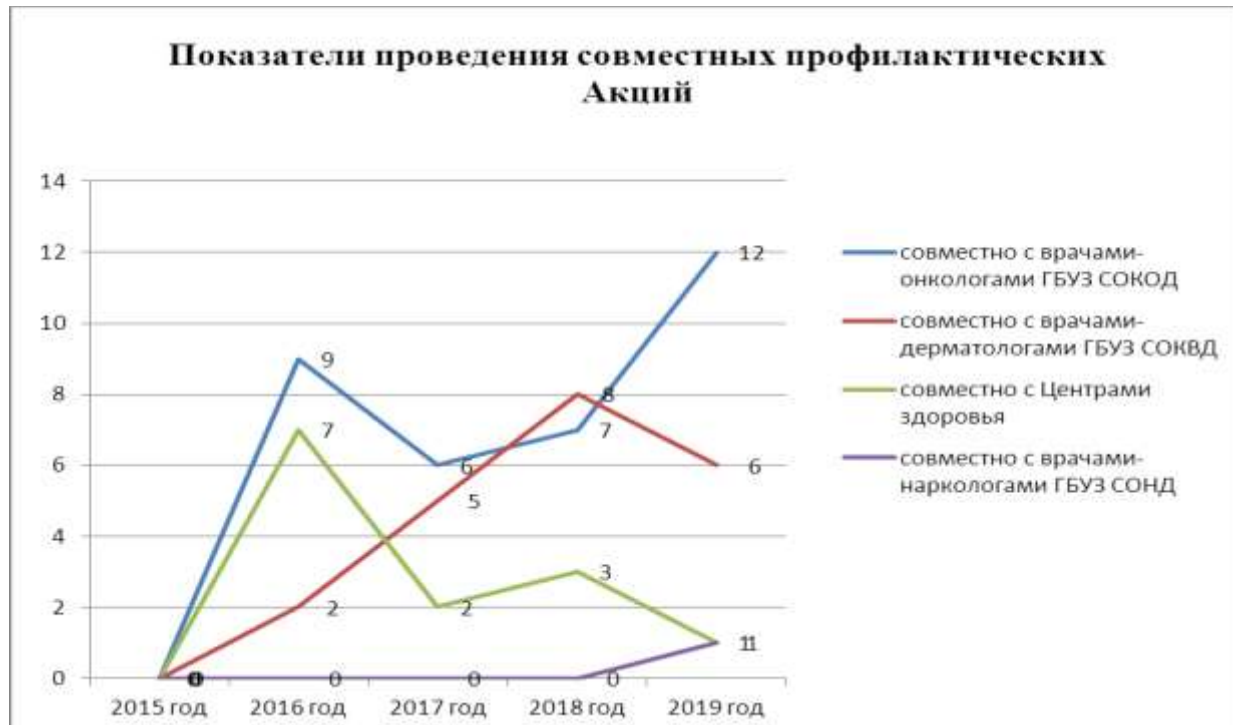


Рис. 2

**Выводы.** Анализируя данные за 5 лет, показано, что заинтересованность людей в сохранении и поддержании своего здоровья возросла: если в 2015 году было проведено – 4 акции, с количеством участников - 506 человек, то в 2019 году было проведено - 17 акций, с количеством участников – 2949 человек. Увеличилось количество совместных выездных мероприятий с врачами-онкологами, врачами-дерматологами, начата совместная работа с врачами-наркологами. Все это способствует увеличению заинтересованности людей.

Проведение массовых профилактических акций позволяет не только привлечь внимание общественности к проблемам онкологических заболеваний и здоровья населения, но и повысить уровень знаний по вопросам профилактики у населения (в том числе подрастающего поколения), а также выявить начальные стадии заболевания и определить приоритет дальнейшей деятельности в области профилактики развития факторов риска ХНИЗ, на основании общепринятого принципа ЗОЖ: «знание – убеждение – поведение – здоровье!»

Окунева И.В., Козлова О.А., Золотарева Т.Г., Коневская Т.В., Хмара Э.Ю.

## **АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЯ ВЫЕЗДНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ И В УЧРЕЖДЕНИЯХ Г.О.САМАРА И САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** По данным ВОЗ хронические неинфекционные заболевания в развитых странах являются причиной 2/3 случаев преждевременной смерти населения в трудоспособном возрасте, причем основная доля приходится на сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), злокачественные новообразования и травмы. По показателю DALYs почти 60% общего бремени болезней в Европе обусловлены семью ведущими факторами: повышенное артериальное давление, потребление табака, чрезмерное потребление алкоголя, повышенное содержание холестерина крови, избыточная масса тела, низкий уровень потребления фруктов и овощей, малоподвижный образ жизни.

По данным службы государственной статистики проводя анализ по причинам смертности населения в 2018 году в России можно отметить, что на первом месте болезни системы кровообращения – 270,0 на 100 тыс.населения, второе место злокачественные новообразования – 108,8 на 100 тыс.населения, третье место внешние причины смерти – 75,7 на 100 тыс.населения, четвертое место болезни органов пищеварения – 38,3 на 100 тыс.населения, 5 место болезни органов дыхания – 22,4 на 100 тысяч населения.

Работающие составляют половину мирового населения и вносят основной вклад в экономическое и социальное развитие. Их здоровье определяется не только теми рисками, которые присутствуют на рабочем месте, но и социальными и индивидуальными факторами, а также доступом к медико-санитарным услугам.

Наибольшее число потерянных лет потенциальной жизни обусловлено смертностью среди мужчин в возрасте до 60 лет. Так уровень общей смертности мужчин трудоспособного возраста в Самарской области выше, чем женщин в 3,3 раза, а от внешних причин (травм и отравлений) – в 4,4 раза, от сердечно-сосудистых заболеваний – выше, чем у женщин в 5,2 раза. По статистике, среди ЗНО колоректальный рак вышел на 1 место, он же стоит на 3 месте среди причин смерти от ЗНО. Сохраняющаяся высокая смертность мужчин трудоспособного возраста способствует формированию в скором будущем нехватки рабочей силы в стране, к росту среднего возраста работников. Региональный проект «Укрепление общественного здоровья», как составная часть Национального проекта «Демография», предусматривает в Самарской области к 2024 году

снижение смертности мужчин трудоспособного возраста на 25,3%, женщин трудоспособного возраста – на 9,2%, увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни до 60%.

Программа «Укрепление здоровья на рабочем месте» не разовая акция. Она носит системный характер и охватывает все сферы, так или иначе сказывающиеся на состоянии здоровья сотрудников. Это не только регулярные медицинские осмотры, но и индивидуальные консультации с медикаментозной и немедикаментозной коррекцией, вакцинация, школы здоровья, корпоративные спортивные программы, антитабачные программы, обучение принципам здорового питания, мотивирование к ответственности за собственное здоровье.

**Цель исследования.** Повышение уровня информированности населения Самарской области о факторах риска развития онкологических заболеваний и формирование приверженности здоровому образу жизни.

**Материалы и методы:** Отделением медицинской профилактики разработаны лекции для населения о факторах риска развития онкологических и других хронических неинфекционных заболеваний. В соответствии с графиком работы осуществляются выезды в организованные группы населения. Сравнительный анализ данных проводился на основании ежегодной официальной статистической отчетности, в том числе формы 30.

**Результаты работы.** В рамках мероприятий первичной профилактики сотрудниками отделения медицинской профилактики ГБУЗ «Самарского областного клинического онкологического диспансера» осуществляются выездные мероприятия на предприятия и в учреждения г.о. Самара и Самарской области с целью профилактики онкологических заболеваний. В ходе данных выездных мероприятий проводится чтение лекций по профилактике онкологических заболеваний различных локализаций с показом презентаций и раздачей методической литературы. За период с 2015 по 2019 годы было проведено – 306 выездных мероприятий с количеством слушателей – 15663 человека (рисунок 1).

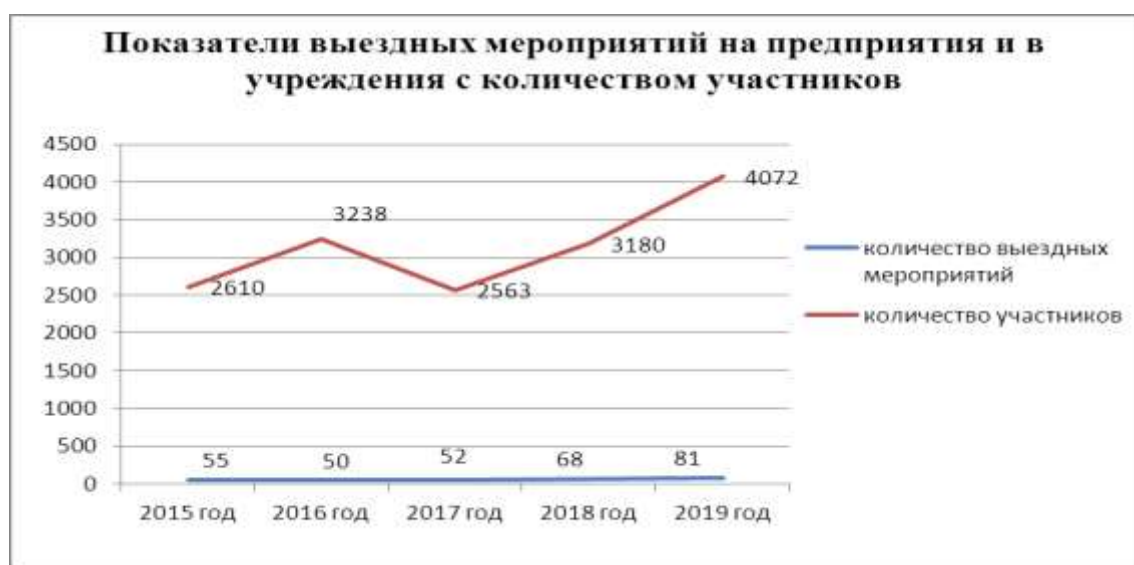


Рис.1

С 2016 года осуществляются совместные выездные мероприятия с врачами-онкологами ГБУЗ СОКОД, которые проводят консультирование и осмотр сотрудников учреждений и предприятий на опухоли наружной локализации, далее каждому осмотренному даются определенные рекомендации. За период с 2016 по 2019 годы было проведено – 22 выезда совместно с врачами-онкологами ГБУЗ СОКОД. Также с 2016 года в выездных мероприятиях принимают участие специалисты Центров здоровья первичных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Специалисты Центров здоровья проводят комплексное обследование, которое включает в себя: измерение роста и веса с расчетом индекса массы тела; измерение артериального давления (АД), регистрация ЭКГ прибором «Кардиовизор»; экспресс анализы крови на холестерин и глюкозу; заключение и рекомендации врача-терапевта по результатам проведенных исследований. За период с 2016 по 2019 годы было проведено – 19 выездов совместно со специалистами Центров здоровья (рисунок 2).

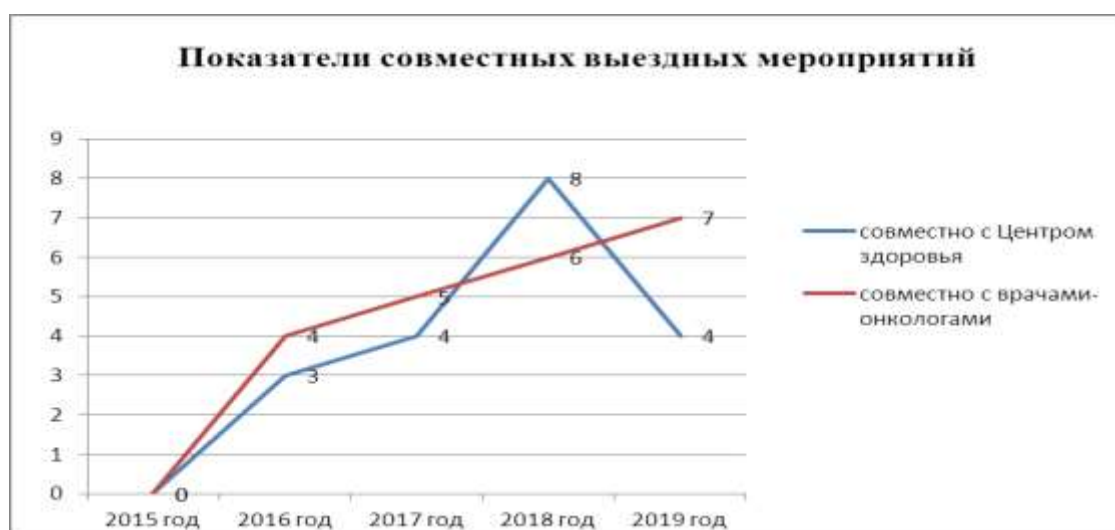


Рис.2

**Выводы.** Получены данные показывают, что в период с 2015 по 2019 годы увеличилось количество выездных мероприятий - на 32%, а количество слушателей - на 35%. Оценивая результаты совместной работы с врачами – онкологами, количество выездных мероприятий увеличилось на 42%, количество совместных выездных мероприятий с Центрами здоровья – на 25%.

Важно понять, что программа «Укрепление здоровья на рабочем месте» не разовая акция. Она носит системный характер и охватывает все сферы, так или иначе сказывающиеся на состоянии здоровья сотрудников. Это не только регулярные медицинские осмотры, но и индивидуальные консультации с медикаментозной и немедикаментозной коррекцией, вакцинация, школы здоровья, корпоративные спортивные программы, антитабачные программы, обучение принципам здорового питания, мотивирование к ответственности за собственное здоровье.

Набор мер, входящих в программы укрепления здоровья на рабочем месте отличается большим разнообразием и позволяет любому предприятию выстроить свою программу так, чтобы она максимально отвечала потребностям его работников. Предприятия сами выбирают для себя разные сочетания мероприятий в зависимости от специфики их деятельности, финансовых и технических возможностей.

Орлов А.Е., Каганов О.И., Волкова К.С., Тарасова А.В. Торопова Н.Е.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ KRAS - МУТАЦИЙ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ У БОЛЬНЫХ С III СТАДИЕЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Цель исследования.** Оценка риска развития прогрессии заболевания у больных с III стадией колоректального рака в зависимости от гена KRAS в ткани опухоли и регионарном метастатическом лимфоузле.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовало 36 пациентов с колоректальным раком III стадии, которые на базе ГБУЗ СОКОД в 2015-2016 гг. получили комбинированное лечение (операция + химиотерапия). Адъювантная химиотерапия проводилась по стандартной схеме FOLFOX в течение 6 месяцев. Проводилось определение KRAS статуса из ткани первичной опухоли и метастатического лимфоузла.

**Результаты исследования.** Из 36 пациентов у 16 пациентов выявлен мутированный тип KRAS ткани первичной опухоли, дикий тип KRAS в ткани первичной опухоли - у 20. В группе пациентов с мутированным типом в первичной опухоли у одного пациента выявлен по лимфоузлу дикий тип опухоли (6%). У пациентов с диким типом KRAS в первичной опухоли - у 3 пациентов выявлен мутированный тип по метастатическому лимфоузлу (15%).

В первые три года после окончания комбинированного лечения из 20 пациентов с диким типом KRAS в первичной опухоли прогрессия заболевания была зарегистрирована у четверых (20%), из них трое с мутированным типом опухоли по метастатическому лимфоузлу. Из 16 пациентов с мутированным KRAS в первичной опухоли прогрессия зарегистрирована у 6 пациентов (37,5%). У пациента с диким типом опухоли по лимфоузлу и мутированным типом первичной опухоли прогрессия не зарегистрирована.

**Выводы.** Наличие мутированного типа KRAS в первичной опухоли и/или метастатическом лимфоузле - неблагоприятный прогностический признак для больного с III стадией колоректального рака.

Орлов А.Е., Каганов О.И., Гукасян И.М., Бостриков А.В., Яннаева Ю.Г., Гордеев А.Л.,  
Кудинов М.Ю., Пчелинцева В.А.

## **РОЛЬ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ И ХИРУРГИЧЕСКОМ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОРТАНИ**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной онкологический диспансер»*

**Актуальность .** Злокачественные новообразования гортани представляют одну из самых актуальных и социально значимых проблем в современной онкологии, являясь наиболее частыми локализациями среди органов головы и шеи. По данным от 2017 года, распространенность злокачественных новообразований гортани имеет тенденцию к повышению: распространенность поражений гортани с 2012 до 2017г. возросла с 29,0 до 30,4 случая на 100 тыс. населения. В выборе тактики лечения определяющую роль играет локализация. Основным спорным вопросом для большинства онкологов ведущих клиник мира продолжает оставаться выбор тактики лечения местно-распространенного рака гортани, в связи с, казалось бы, одинаковой эффективностью различных методов.

**Цель исследования.** Определить значимость прогностических факторов риска развития плоскоклеточного рака гортани

**Методы исследования.** Нами был проведен ретроспективный и проспективный анализ лечения 153 больных складочного отдела рака гортани T3N0-1M0, в период с 2014 по 2019 год в отделение опухолей головы и шеи ГБУЗ СОКОД. Средний возраст составил 55±1 лет, от 39 до 88 лет. Соотношение мужчин и женщин, составило, в среднем 16:1. Пациенты распределены на 2 группы по видам лечения: В первой группе проведено хирургическое лечение 86(45,3%) больным в самостоятельном плане. Комбинированное лечение проведено 67 (35,2%) пациентам (вторая группа). У всех пациентов во второй группе выявлены неблагоприятные гистологические признаки (наличие периневральной инвазии, опухолевых эмболов в сосудах, прорастание опухолью капсулы лимфатического узла). В послеоперационном периоде проведен курс ХЛТ в стандартном режиме фракционирования до 50-66Гр с одновременным введением цисплатина, из расчета 100мг\м2 в 1 и 22 дни лучевой терапии.

Нами в послеоперационном периоде дополнительно определялись: экспрессия белка p53, уровень антигена плоскоклеточного рака SCC, экспрессия маркера пролиферативной активности опухолевой клетки (антиген Ki67). По TNM группы делились следующим образом: первая группа T3N0M0 39 (50,8%) человек, T3N1M0 47

(49,2%), во второй 36 (54,3%), 31 (45,7%) соответственно. В первой группе с G1 27 (33,9) человек, G2 32 (38,7), 27 (27,4). Во второй группе с G1 19(31,4), G2 27(40), G3 21(28,6).

**Результаты исследования.** Прогрессия заболевания выявлена у 37(43%) пациентов в первой группе при самостоятельном хирургическом лечении. Летальный исход 28(32,6%) человек. Во второй группе прогрессия заболевания выявлена у 12(17,9%) пациентов. Летальный исход- 8(11,9%). У всех пациентов с прогрессией заболевания выявлен повышенный уровень одного или нескольких факторов: экспрессии белка p53, уровень антигена плоскоклеточного рака SCC, экспрессии маркера пролиферативной активности опухолевой клетки (антиген Ki67) более 55%. Общая пятилетняя выживаемость составила: для первой группы 67,4%, для второй – 88,1% ( $p=0,8$ ). Безрецидивная пятилетняя выживаемость соответственно- 57% и 82,1% ( $p=0,05$ ).

**Выводы.** Определение прогностических факторов позволяет оценить риск развития прогрессии заболевания у больных с плоскоклеточным раком гортани.

Орлов А.Е., Козлов С.В., Егорова А.Г., Сомов А.Н., Юсупов Р.Н.

## **АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПРИЧИН ЗАПУЩЕННОСТИ И МЕТОДОВ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2016 - 2019 гг.**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Ежегодно в Самарской области выявляется около 1800 новых случаев рака молочной железы (РМЖ), а умирает более 500 больных. Около 30 % вновь выявленных больных имеют позднюю или запущенную стадию процесса, что является причиной значительных социально-экономических потерь среди женского населения. Несмотря на рост диагностических возможностей лечебно-профилактических учреждений, показатели активного выявления и диагностики ЗНО на ранних стадиях нельзя считать удовлетворительными.

**Цель исследования.** Повысить эффективность мероприятий, проводимых в Самарской области, в системе раннего выявления РМЖ. Для достижения намеченной цели были поставлены следующие задачи: изучить показатели заболеваемости, смертности, структуру методов активного выявления и причин запущенности РМЖ в Самарской области в период 2016-2019гг.

**Материалы и методы.** Исследование было выполнено на основе данных отчетной формы №7 «Сведения о злокачественных новообразованиях» и числе больных РМЖ, зарегистрированных в БД Самарского ракового регистра в период 2016-2019 гг.

**Результаты исследования.** В период с 2016 по 2019 гг. в Самарской области было зарегистрировано 7323 больных с впервые выявленным РМЖ. Количество заболевших возросло на 10,8% (в 2019 году – 1955 больных, против 1764 – в 2016). В структуре заболеваемости удельный вес РМЖ возрос с 20,1% до 20,9%. Грубый показатель заболеваемости возрос с 101,3 до 113,2 на 100 тыс. населения. На фоне роста показателей заболеваемости значительных тенденций в динамике показателей смертности не зарегистрировано. В 2019 году РМЖ стал причиной смерти у 512 больных, что больше на 1,6 % по сравнению с 2016 годом (504 больных). Грубый показатель смертности незначительно возрос с 28,9 до 29,7 на 100 тыс. населения.

В период с 2016 по 2019 гг. в Самарской области было активно выявлено 2296 больных ЗНО молочной железы. Их количество возросло на 46,0%. При этом показатель активной выявляемости РМЖ составил 35,1% (686 больных), тогда как в 2016 году – 26,6% (470 больных). В структуре методов активного выявления в указанный период

первое место занимал клинический осмотр – 925 выявленных (40,3%). При скрининговой маммографии выявлено 680 больных (29,6%), при осмотре в смотровом кабинете – 508 (22,1%) и при диспансеризации больных с доброкачественными новообразованиями – 180 (7,8%). Проанализировав динамику данных показателей можно отметить, что количество выявленных больных специалистами смотрового кабинета снизилось на 9,1 %. Удельный вес больных РМЖ, выявленных в ходе маммографического скрининга возрос в 1,7 раза, а при диспансеризации больных с мастопатиями в 0,7 раза.

За последние 4 года в области было зарегистрировано 2138 запущенных случаев РМЖ. В структуре причин запущенности несвоевременное обращение больных за медицинской помощью составило 593 случая (27,7%). Отказы от предложенного обследования зарегистрированы у 239 больных (11,2%), скрытое течение заболевания – у 128 (6,0%). Кроме того, у 1178 больных РМЖ (55,1%) причиной запущенности стали дефекты диагностики, допущенные специалистами медицинских учреждений, а также организационные дефекты. Удельный вес дефектов возрос с 52,4% в 2016 году до 57,2% в 2019 году. В 33,7% случаев дефекты были связаны с невыполнением стандарта клинического маммологического осмотра, в 31,0% случаев были зарегистрированы дефекты маршрутизации пациентов на этапах системы активного выявления РМЖ, в 18,8% случаев – дефект связан с проведением скрининговой маммографии, в 10,8% - дефекты диагностики, 4,5% - дефекты диспансеризации пациентов с мастопатиями и в 1,2% случаев – дефекты диспансерного наблюдения за онкологическими больными.

**Выводы.** Результаты проведенного исследования показывают, что приоритетными направлениями в повышении эффективности системы раннего выявления РМЖ в Самарской области должно стать дальнейшее совершенствование и внедрение на территориях области популяционного маммографического скрининга, который является «золотым стандартом» в ранней диагностике РМЖ, в том числе на доклинических стадиях. Для увеличения доли активно выявленных больных в смотровом кабинете необходимо организовывать мастер-классы на «рабочем месте» в ГБУЗ СОКОД с наглядной демонстрацией техники проведения онкологического осмотра, сбора жалоб и анамнеза.

Кроме того, с целью устранения организационных дефектов и диагностических ошибок при подозрении на ЗНО молочной железы, необходимо в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи организовывать врачебные конференции с разбором причин выявления РМЖ в запущенной стадии, а также включать в ежегодные обучающие циклы в системе НМО образовательные элементы, посвященные

профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний, в том числе и рака молочной железы.

Орлов А.Е., Козлова О.А., Золотарева Т.Г., Козлов С.В.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ г. САМАРЫ В РАМКАХ ВСЕРОССИЙСКОЙ АКЦИИ «ОНКОПАТРУЛЬ»**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»  
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России*

**Актуальность.** Борьба с онкологическими заболеваниями - это одно из ключевых направлений национального проекта «Здравоохранение». Проект предусматривает усиление профилактической работы для повышения эффективности раннего выявления онкологических заболеваний. Своевременная диагностика злокачественных новообразований является залогом эффективного лечения. Недостаточная информированность населения и несвоевременное обращение к врачу является причиной необратимых последствий для здоровья. В структуре онкологической заболеваемости первые места занимают злокачественные новообразования: злокачественные новообразования кожи, колоректальный рак, рак молочной железы, рак легкого, предстательной железы.

**Методика работы.** В декабре 2019 года на промышленном предприятии РКЦ «Прогресс» и в консультативном отделении №1 ГБУЗ СОКОД совместно с ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России проведена Всероссийская акция «Онкопатруль» для жителей Самарской области. В осмотре населения принимали участие 4 специалиста ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России: онколог-маммолог, онколог-гинеколог, торакальный онколог и онколог-уролог.

**Итоги акции.** На промышленном предприятии онкологом – маммологом осмотрено 50 женщин. Предварительно в ГБУЗ СОКОД им проведено маммографическое и ультразвуковое обследование. При ультразвуковом исследовании в группе женщин в возрасте до 40 лет выявлено: у 19 человек – признаки фиброзно-кистозной мастопатии, у 2 – узловые образования, у 2 – кисты, у одной – дуктэктазия. Врач-маммолог на основании клинического осмотра и данных инструментальных исследований поставила заключительный диагноз и дала рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению.

В рамках профилактического обследования органов малого таза 100 женщинам выполнено гинекологическое обследование с забором материала для онкоцитологического исследования. При цитологическом исследовании дисплазия плоского эпителия не выявлена. Онкологом – гинекологом было осмотрено 28 женщин, у

3 из них выявлены доброкачественные заболевания шейки и тела матки. Всем пациенткам даны рекомендации по дополнительному обследованию и диспансерному наблюдению.

По программе акции «Онкопатруль» в ГБУЗ СОКОД выполнено 49 маммографических исследований работникам промышленного предприятия: по шкале BI-RADS 2 выявлены изменения у 38 женщин, им рекомендовано динамическое наблюдение 2 раза в год. У 9 женщин изменения относились к BI-RADS 3, им рекомендовано динамическое наблюдение через 3 месяца и у двух женщин обнаружены признаки BI-RADS 4-5. Эти пациентки направлены на дополнительное обследование в ГБУЗ СОКОД.

Для раннего выявления онкопатологии предстательной железы в лаборатории ГБУЗ СОКОД выполнялся анализ крови по определению ПСА. Обследовано более 50 сотрудников промышленного предприятия в возрасте 40 лет и старше. По результатам обследования выявлено 2 случая повышенного уровня ПСА. Рекомендовано проведение дополнительного обследования с использованием инструментальных методов диагностики.

С целью выявления онкологического заболевания желудочно-кишечного тракта в лаборатории ГБУЗ СОКОД выполнено 36 исследований кала на скрытую кровь (обнаружение гемоглобина или комплекса гемоглобина/ гаптоглобина в кале). По результатам обследования у 12 человек выявлены отклонения в лабораторных исследованиях. Пациентам рекомендовано проведение уточняющей диагностики.

В консультативном отделении №1 ГБУЗ СОКОД торакальным онкологом было осмотрено 50 человек с результатами ранее проведенных обследований. У 10 человек выявлена очаговая патология легких, из них у 4 пациентов - первичный рак легкого. Все осмотренные направлены для проведения уточняющей диагностики.

На базе консультативного отделения №1 ГБУЗ СОКОД онкологом - урологом осмотрено 50 человек, из них 2 пациентам дополнительно назначены диагностические исследования, в том числе МРТ органов малого таза.

По итогам акции «Онкопатруль» **178** человек получили квалифицированные консультации специалистов ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. Предварительные лабораторные и инструментальные исследования проведены сотрудниками ГБУЗ СОКОД. По завершении консультативно-диагностических мероприятий был проведен флешмоб на территории онкологического диспансера силами волонтеров-медиков и студентов СамГМУ, при участии сотрудников кафедры онкологии.

**Выводы.** Проведенная совместная акция «Онкопатруль» направлена на информирование населения о возможности ранней диагностики, устранении факторов риска онкологической патологии. Ранняя диагностика злокачественных новообразований позволяет провести своевременное радикальное лечение с последующим благоприятным прогнозом. Данная акция позволила выявить предраковые заболевания и факторы риска их развития более чем у трети обследованных рабочих промышленного предприятия. Опыт проведения подобных акций следует продолжить.

Орлов А.Е., Павлов В.В., Подусова Т.Н., Прошина О.А., Вакулич Е.А.

## **ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПРЕДЛОЖЕНИЙ (ПРАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ) ПО ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** С момента издания Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является обязательным требованием для любой медицинской организации.

**Материалы и метод.** В Самарском областном клиническом онкологическом диспансере (далее – ГБУЗ СОКОД) накоплен 12-летний опыт оценки и управления качеством медицинской помощи. Еще в 2008 году в учреждении был организован отдел экспертизы качества медицинской помощи. А в 2014 году создана единая Служба качества. С 2015 года система менеджмента качества (далее – СМК) ГБУЗ СОКОД развивалась в соответствии с международными требованиями стандарта ИСО 9001.

С 2017 года в учреждении начата проработка содержания «Предложений (практических рекомендаций) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре)» Росздравнадзора (далее – Предложения).

Основой для внедрения Предложений явились процедуры СМК: для управления несоответствиями и осложнениями при выполнении лечебной деятельности; для управления рисками, связанными с выполнением лечебной деятельности; для управления внутренними проверками (аудитами) согласно требованиям ISO 9001, содержанию чек-листов Предложений по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

На начальном этапе внедрения Предложений была сформирована команда ответственных лиц (рабочая группа) по направлениям внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Руководство работами возложено на заместителя главного врача по клинико-экспертной и догоспитальной работе.

Рабочая группа проанализировала оценочные листы Предложений и исключила те показатели, которые оказались неприменимыми для учреждения из-за специфики его деятельности.

На следующем этапе члены рабочей группы провели самооценку внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности онкодиспансера в соответствии с методикой, изложенной в Предложениях. Для проведения оценки использовались скорректированные оценочные листы. Согласно Предложениям, каждый показатель оценивался отдельно, затем проводился общий расчет по разделу в процентах, а также в целом по медицинской организации.

Самооценка показала, что система обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ СОКОД требует улучшения - параметры пяти разделов Предложений были оценены ниже 84%, средний показатель в целом по ГБУЗ СОКОД составил 81%.

Экспертным советом Службы качества, после обсуждения результатов самооценки, был сформирован план мероприятий по совершенствованию системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в учреждении. Началось проведение работ по совершенствованию лечебного процесса, в том числе по обучению персонала и по разработке регламентирующей документации.

За период с 2017 по 2019 гг. выполнен большой объем работы по внедрению практических рекомендаций. Основной акцент был сделан на приведении существующих документов к требуемым в Предложениях регламентам, а также на разработке и внедрении необходимых СОПов. В этот же период велось внедрение процесса управления рисками. Регламенты разрабатывались как для безопасной и качественной медицинской деятельности, так и для выполнения ресурсных процессов, поддерживающих основную деятельность диспансера. Для управления разработкой СОПов создан СТО ГБУЗ СОКОД 009 «Стандартные операционные процедуры. Порядок разработки». Тематика разработки СОПов планировалась по результатам аудитов согласно содержанию чек-листов Предложений. С 2017 года разработано более 300 СОПов.

Процесс внедрения Предложений был гармонизирован с процессом внедрения и развития СМК. Так ответственные за внедрение направлений контроля Предложений выполняли эти работы в рамках выполнения процессов СМК, использовали инструменты СМК по управлению несоответствиями и рисками, вопросы контроля согласно чек-листам Предложений были включены во внутренние аудиты СМК.

В декабре 2019 г. Экспертным советом Службы качества рассмотрены итоги работы за период с 2017 по 2019 гг. и поставлены новые задачи, в том числе был обновлен состав рабочих групп, сформированных на мультидисциплинарной основе.

В январе 2020 г. проведена повторная самооценка. В результате сравнительного анализа количественных результатов самооценки оказалось, что для трех разделов Предложений показатели в 2020 году улучшились относительно 2017 года, для трех значительно ухудшились и для остальных остались приблизительно на том же уровне.

При обсуждении методических аспектов принятия решения при самооценке было установлено, что участвовавший в мероприятии персонал за эти годы повысил квалификацию, приобрел большую ответственность и при формировании решений по самооценке в 2020 г. скорее занижал результат, чем выставлял легковесное суждение.

На основании повторной самооценки был сформирован дальнейший план мероприятий по совершенствованию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СОКОД.

**Выводы.** Как итогом проделанной работы явилось успешное проведение аудита внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ СОКОД экспертами ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора в июле 2020 года. Получен сертификат соответствия (по большинству требований) системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СОКОД требованиям Предложений (практических рекомендаций) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Орлов А.Е., Золотарева Т.Г., Юданова А.А., Ромаданова С.В., Белова Т.Г.

## **О ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер» – это высококласное медицинское учреждение по профилактике, диагностике, лечению, научным исследованиям в области онкологии. Это - один из крупнейших в Европе онкологических центров, деятельность которого сфокусирована на обеспечении качественной медицинской помощи на уровне мировых стандартов. Диспансер имеет российские и международные сертификаты качества оказания медицинской помощи.

Борьба с онкологическими заболеваниями является одним из важнейших направлений национального проекта «Здравоохранение», инициированного Президентом страны Владимиром Путиным. Особое внимание вопросам диагностики и лечения онкологических заболеваний уделил в своем Послании и Губернатор Самарской области Дмитрий Азаров. Стратегия лидерства региона - в развитии системы здравоохранения, усилении работы по раннему выявлению заболеваний, активном использовании современного оборудования и новых методов лечения. С 2019 года в Самарской области реализуется региональная целевая программа «Борьба с онкологическими заболеваниями», основной задачей которой является снижение смертности от злокачественных новообразований за счет расширения ранней диагностики и внедрения современных методов лечения опухолей. Всего за этот период в Самарский областной клинический онкологический диспансер поступило 111 единиц высокотехнологичного медицинского оборудования для диагностических отделений, лабораторий, операционного блока и реанимации.

Одним из направлений, где происходит переоснащение, является эндоскопическая служба диспансера. В отделение поступило 6 видеоколоноскопов и 3 гастроскопа, с использованием которых уже обследовано более 2700 пациентов (2100 колоноскопий и 600 гастроскопий). В настоящий момент в эндоскопическом отделении применяются все современные диагностические и лечебные методы эндоскопии при патологии органов дыхания и желудочно-кишечного тракта. Только за 2019 год было проведено около 8000 видеоэзофагогастродуоденоскопий, больше 7000 видеоколоноскопий и порядка 100

исследований с использованием лазерного медицинского аппарата. Диагностическая и лечебная эндоскопическая помощь осуществляется не только онкологическим больным, но и пациентам с различными видами предопухолевой патологии. В июне 2020 года в эндоскопическое отделение диспансера дополнительно в рамках нацпроекта поступили 2 видеогастроскопа, 2 видеоколоноскопа, 2 видеобронхоскопа.

В октябре 2019 года в рентгеновское отделение ГБУЗ СОКОД в рамках реализации национальной программы «Здравоохранение», было поставлено два современных маммографа для проведения диагностических исследований молочной железы. С октября 2019 г. по настоящее время с использованием данного оборудования было проведено более 12400 обследований.

Также в 2019 году в ГБУЗ СОКОД поступило такое оборудование, как: гамма-камера, аппараты искусственной вентиляции легких с различными режимами вентиляции и автоматическим включением сигнала тревоги, различное лабораторное для проведения молекулярно-генетических исследований

Для отделения УЗИ поставлены диагностическая система и аппараты экспертного класса, на которых в 2019 году было выполнено 35 562 услуг, а за 10 месяцев 2020 года – 120847 услуг.

До конца 2020 года планируется введение в эксплуатацию аппарата магнитно – резонансной томографии и новейшего линейного ускорителя для проведения лучевой терапии.

Осетрова О.В., Егорова А.Г., Сомов А.Н., Ищеряков С.Н., Парфёнова Т.А.

## **СИСТЕМА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЕЁ ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*АНО «Самарский хоспис»*

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Введение.** С целью совершенствования паллиативной помощи, в Самарской области разработана и внедрена система оценки качества противоболевой терапии (ПБТ), курации и организационно - методической поддержки учреждений здравоохранения при ведении пациентов с хроническим болевым синдромом, которая была организована в 2010 году. Для повышения качества обезболивания, стандартизации проведения проверок, анализа и обобщения результатов в 2016 году были разработаны, а в 2018 модернизированы: «Дневник посещения пациента с хроническим болевым синдромом», «Аналитическая карта оценки тактики ведения пациента с хроническим болевым синдромом», «Модель интегральной оценки ошибок». Разработанные формы документов утверждены приказами министерства здравоохранения Самарской области: №1507 от 30.10.2016 «О совершенствовании обеспечения обезболивающими лекарственными препаратами граждан из числа взрослого населения с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями при оказании им паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях», №1469 от 04.12.2018 «О внесении изменений в Приказ №1507 от 30.10.2016».

**Цель исследования.** Оценить качество противоболевой терапии онкологическим больным в медицинских организациях Самарской области.

**Материалы и метод.** Экспертами - специалистами автономной некоммерческой организации (АНО) «Самарский хоспис» и ГБУЗ СОКОД, в соответствии с графиком, осуществляются выездные проверки качества ПБТ пациентов с ХБС, а также семинары по вопросам диагностики и терапии боли. В ходе проверок проводится экспертная оценка первичной учетной документации, регистрация и анализ ошибок, допущенных терапевтами и ВОП при ведении пациентов с ХБС. С начала работы системы оценки качества было осуществлено 265 выездов, врачами-экспертами проверено 1950 амбулаторных карт пациентов с ХБС в 5 городах (Чапаевск, Новокуйбышевск, Отрадный, Сызрань, Самара) и 13 сельских районах области.

Аналитическая карта представляет собой перечень наиболее часто встречающихся, значимых и влияющих на качество обезболивания ошибок, которая заполняется на

каждую проверяемую амбулаторную карту. При этом для каждого случая знаком «+» отмечается наличие, а знаком «-» отсутствие ошибки. Указывается ФИО пациента, адрес и диагноз. Аналитическая карта подписывается экспертом и ответственным лицом лечебного учреждения.

В карту 2018 года были впервые введены следующие дефекты противоболевой терапии: «Не назначаются препараты на прорывную боль», и «Позднее назначение наркотических анальгетиков (НА) (менее 3 суток до смерти пациента)», что обусловлено значительным влиянием этих ошибок на качество обезболивания.

В случае отсутствия назначения препаратов на прорывную боль, пациент, получающий неинвазивные формы НА продленного действия, при нарастании боли выше уровня «базовой», которая купируется препаратами данной группы, будет фактически лишен адекватного обезболивания. Поэтому необходимо назначение медикаментов короткого действия, в таблетированной или инъекционной формах.

Введение критерия «Позднее назначение НА» долго обсуждалось экспертами, потому что эта ситуация может адекватно отражать динамику состояния и обезболивания пациента (в тех случаях, когда боль у пациента была слабой, не требуя применения сильных анальгетиков, а затем резко, в течение 1-2 суток, усилилась, с параллельным стремительным ухудшением состояния). Вместе с тем, в ряде учреждений здравоохранения области, такое назначение наркотических анальгетиков отмечается более чем в половине амбулаторных карт, что недопустимо. К тому же позднее назначение НА способствует возникновению и укреплению ложного убеждения о том, что применение наркотических анальгетиков сокращает жизнь инкурабельного больного.

При проведении выездных проверок заполняется «Модель интегральной оценки», где указывается число проверенных амбулаторных карт и данные из каждой аналитической карты (абсолютное число ошибок). Затем рассчитываются следующие показатели: «Число ошибок на 1-го больного», «Фактический интегральный балл ошибки» (число ошибок на одного больного \* интегральный коэффициент ошибки) и их «Интегральная оценка» (сумма фактических интегральных баллов/число видов зарегистрированных ошибок).

**Результаты исследования.** Главным критерием улучшения качества обезболивания в условиях доступности необходимых анальгетиков и ко-анальгетиков является активная позиция лечебных учреждений по назначению адекватных обезболивающих препаратов. Врачами первичного звена должен вестись активный мониторинг состояния каждого пациента с ХБС, своевременно назначаться препараты, соответствующие интенсивности,

виду и характеру боли. Плановое ступенчатое обезболивание - системная противоболевая терапия, должна заменить существующее в настоящее время хаотичное обезболивание на нетерпимую боль.

Данные по количеству пациентов, получивших НА, фиксируются ежемесячно в каждой медицинской организации. С 2018 для каждой медицинской организации Самарской области ежемесячно рассчитывается число пациентов с ХБС, нуждающихся в препаратах 3 степени обезболивания в соответствии с приказом МЗ РФ №913 от 16.11.2017 (80% от числа умерших от ЗНО).

Результаты выездных проверок показывают, что в среднем по области среднее количество ошибок на 1 пациента снизилось с 6,6 в 2016 году до 5,2 в 2019 году.

Благодаря регулярной оценке качества ПБТ (в каждой медицинской организации проверка проводится 1 раз в 2 года), у экспертов паллиативной медицинской помощи появилась возможность провести анализ изменения показателей обезболивания. Были выделены 3 учреждения с низким, средним и высоким количеством ошибок на 1 пациента (сравнивались 2016 и 2019 год).

В выделенных учреждениях «Среднее количество ошибок на 1 пациента» и «Коэффициент сокращения ошибок» (отношение среднего количества ошибок на 1 пациента в 2016 к среднему количеству ошибок на пациента в 2019 году) – КСО составили, соответственно: МСЧ№2 – 4,2 в 2016 г., 2,0 в 2019 г., КСО – 2,1; ГП№1 – 6,7 в 2016 г., 3,9 в 2019 г., КСО – 1,7; ГБ№6 – 7,2 в 2016 г., 5,2 в 2019 г., КСО – 1,4. Доля пациентов, получающих наркотические анальгетики от общего числа пациентов с ХБС, в период с 2016 по 2019 возросла в ГП-1 с 22,3% до 29,4%, ГБ-6 с 27,0% до 33,6%; снизилась в МСЧ-2 с 64,0% до 45,7%.

**Выводы.** В период с 2016 по 2020 годы регистрируется снижение среднего количества ошибок на одного пациента. Повышается уровень использования наркотических анальгетиков в амбулаторной практике, что соответствует Российским стандартам. В целом по области в 2019 году количество пациентов, получавших наркотические анальгетики, в два раза больше, чем в 2016 году. Внимание к вопросам обезболивания, постоянная плановая работа с пациентами страдающими ХБС приводит к повышению качества противоболевой терапии, сокращению числа ошибок, увеличению доли пациентов, получающих НС.

Печорская Е.А., Мальцева Н.В., Торопова Н.Е.

## **ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ТОКСОПЛАЗМОЗА. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Токсоплазмоз представляет собой важную медико-социальную проблему, поскольку может формировать тяжелую патологию у новорожденных, детей и взрослых, особенно у иммунокомпрометированных лиц. В клинико-диагностической лаборатории ГБУЗ СОКОД в группе микробиологических исследований выполняется весь спектр серологических исследований для диагностики токсоплазмоза у пациентов онкологического профиля, а также у пациентов внешних медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в т. ч. по профилю “Акушерство и Гинекология” в рамках реализации программы централизации отдельных видов лабораторных исследований (в частности, исследований по инфекционной иммунологии) в Самарской области.

**Цель исследования** Представить весь спектр серологических исследований для диагностики токсоплазмоза, определения предполагаемого срока инфицирования пациента на примере лабораторного обследования беременной В., 1998г.р. в рамках диспансерного наблюдения женщин в период беременности (Приказ МЗ РФ от 01.11.2012 №572н Порядки оказания медицинской помощи по профилю “Акушерство и гинекология”).

**Материалы и методы.** Пациентке были выполнены серологические исследования крови для выявления специфических антител классов М I(gM), А (IgA), G( IgG) к антигенам токсоплазмы, определение индекса авидности специфических Тохо-IgG методом твердофазного иммуноферментного анализа. Анализы проводились на полуавтоматическом открытом иммуноферментном анализаторе Power Wave-XS ф. BioTek (США) с применением тест-систем ведущего российского производителя ЗАО “Вектор-Бест”: “Векто Токсо-IgM”, “Векто Токсо-IgA”, “Векто Токсо-IgG” и “Векто Токсо-IgG-авидность”.

Тест-системы Векто Токсо-IgM”, “Векто Токсо-IgA” предназначены для выявления специфических антител классов М (IgM), А (IgA), характеризуются 100% аналитической специфичностью и 100% аналитической чувствительностью. В процессе проведения анализа вычислялась точка разделения (cut off) положительных результатов от отрицательных и рассчитывался коэффициент позитивности (КП) исследуемого образца,

т.е. отклонение его значения от точки разделения (cut off). Окончательный результат исследования Тохо-IgM, Тохо-IgA выражался качественно: отрицательный, положительный с указанием коэффициентов позитивности. Образец с положительным результатом при первичном тестировании исследовался повторно в дубле в новой аналитической серии для воспроизведения результата анализа.

Тест-система “Векто Токсо-IgG” предназначена для выявления и определения концентрации специфических антител класса G (IgG) в МЕ\мл. Аналитическая чувствительность тест-системы не превышает 1,0 МЕ\мл, диагностическая чувствительность и специфичность 100%, линейность определяемых концентраций лежит в диапазоне 10-1000 МЕ\мл. В составе тест-системы калибровочные образцы аттестованы относительно стандарта “WHO International Standard 4<sup>th</sup> IS for Antibodies, Human, to *Toxoplasma gondii*”, а контрольный образец, содержащий специфические Токсо-IgG в концентрации (МЕ\мл), указанной в паспорте тест-системы служит для внутрилабораторного контроля точности измерений в каждой аналитической серии. В лаборатории, по данным внутрилабораторного контроля качества количественного определения Токсо-IgG коэффициент вариации (CV)= 5.5%, значение неопределенности измерений 2,3 МЕ\мл. Окончательный положительный результат исследования Тохо-IgG рассчитывался по калибровочному графику, построенному в линейных координатах в зависимости от концентрации Тохо-IgG в калибровочных образцах и выражался в МЕ\мл. Тест-система “Векто Токсо-IgG-авидность” предназначена для определения индекса авидности Тохо-IgG в сыворотке крови, аналитическая и диагностическая специфичность выявления антител соответствует результатам определения индекса авидности в стандартных панелях предприятия образцов сывороток крови, содержащих низкоавидные (ИА≤30%) и высокоавидные (ИА≥40%) Тохо-IgG.

Отбор проб крови осуществлялся по стандартной методике в вакуумные системы забора венозной крови. Взятие, транспортирование и хранение исследуемого материала осуществлялось согласно рекомендациям ГБУЗ СОКОД при организации преаналитического этапа при централизации лабораторных исследований на основании действующих нормативных документов в лабораторной службе.

**Результаты исследования.** Динамическое наблюдение беременной В., 1998г.р. за период с 08.2019 по 02.2020г.г. 1.Лабораторное обследование, срок беременности 12 недель. Результат лабораторного исследования: Антитела класса М ( IgM) к токсоплазме – отрицательный Антитела класса G ( IgG) к токсоплазме - отрицательный

По результатам первичного лабораторного исследования пациентка относится к группе риска по возможности инфицирования токсоплазмами во время беременности с риском инфицирования плода.

2. Лабораторное обследование, срок беременности-30 недель Результат лабораторного исследования: Антитела класса М ( IgM) к токсоплазме - положительный ( КП=3,5) Антитела класса G ( IgG) к токсоплазме - отрицательный (9,0 МЕ/мл) Лабораторное заключение: Рекомендовано повторить исследование через 10-15 дней, для динамики в серологическом профиле в парных сыворотках.

3. Лабораторное обследование, срок беременности-31-32 недели Результат лабораторного исследования парных образцов сывороток: Образец №1 Антитела класса М ( IgM) к токсоплазме - положительный ( КП=3,4) Антитела класса G ( IgG) к токсоплазме - отрицательный (9,0 МЕ/мл) Образец №2 Антитела класса М ( IgM) к токсоплазме - положительный ( КП=4,8) Антитела класса G ( IgG) к токсоплазме - положительный (99,1 МЕ/мл) Дополнительно выполнены исследования в образце №2: Антитела класса А ( IgA) к токсоплазме - положительный ( КП=3,1) Индекс авидности антител класса G ( IgG) к токсоплазме - 8,8% Лабораторное заключение: В одной аналитической серии исследованы парные сыворотки, отмечается достоверное увеличение концентрации Тохог, обнаруженные Тохог- низкоавидные, индекс авидности (ИА)=8,8%. Учитывая динамику серологических маркеров в парных сыворотках, предполагаемая давность инфицирования – предыдущие 2-8 недель.

4. Лабораторное обследование, срок беременности-33-34 недели Результат лабораторного исследования парных образцов сывороток: Образец №1 Антитела класса М ( IgM) к токсоплазме - положительный ( КП=4,8) Антитела класса G ( IgG) к токсоплазме - положительный (96,5 МЕ/мл) Антитела класса А ( IgA)- положительный ( КП=3,1) Индекс авидности антител класса G ( IgG) к токсоплазме - 8,8% Образец №2 Антитела класса М ( IgM) к токсоплазме - положительный ( КП=3,7) Антитела класса G ( IgG) к токсоплазме - положительный (224,6 МЕ/мл) Антитела класса А ( IgA) к токсоплазме - положительный ( КП=3,9) Индекс авидности антител класса G ( IgG) к токсоплазме - 14,5% Лабораторное заключение: В одной аналитической серии исследованы парные сыворотки, отмечается достоверное увеличение концентрации Тохог в 2,3 раза , увеличение индекса авидности Тохог- >50% в парных образцах. Учитывая данные всего комплекса серологических маркеров инфекции можно предполагать наличие острой стадии первичной инфекции.

**Выводы.** Аналитическая надежность применяемых методов лабораторной диагностики токсоплазмоза позволяет получить достоверные лабораторные данные об

изучаемом анализе, тем самым определяет возможность их использования при принятии клинических решений.

По итогам результатов лабораторных исследований неоднократно проводились консультации с лечащим врачом-гинекологом, врачом-инфекционистом, отмечалось, что инфицирование на поздних сроках беременности чаще приводит к инфицированию плода, но тяжесть поражения плода меньше, нежели при инфицированности беременной на ранних сроках гестации; рассматривались вопросы возможного назначения экстренной превентивной этиотропной терапии, дополнительного обследования плода на токсоплазмоз.

Пышкина Ю.С., Аглетдинов С.З.

## **МАММОГРАФИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Рак молочной железы является основной причиной смертности (более 17%) и онкологической патологией (более 20%) женщин среди злокачественных заболеваний. При этом данные показатели неуклонно растут. По данным ВОЗ ежегодно регистрируются около от 800 тыс. до 1 млн. новых случаев рака молочной железы. С риском развития рака молочной железы тесно связано ожирение. Литературные данные показывают, что с учетом возраста (20 лет и старше) распространенность избыточной массы тела составляет 59,2%, а ожирения - 24,1%. Ehemann С. утверждает, что женщины, находящиеся в постменопаузальном периоде и страдающие избыточной массой тела либо ожирением, имеют больший риск развития инвазивного рака молочной железы в 1,13% и 1,2% соответственно по сравнению с женщинами нормальной весовой категории.

**Цель исследования.** Изучить связь избыточной массы тела и ожирения с риском развития инвазивного рака молочной железы по данным маммографии.

**Материалы и методы.** Изучено состояние 62 пациенток в постменопаузе с диагнозом инвазивный рак молочной железы. Средний возраст наблюдаемых составил  $63 \pm 9$  лет. Всем женщинам была выполнена маммография.

**Результаты исследования.** Пациенты были разделены на две группы: первую составили 30 (48,4%) пациенток, у которых индекс массы тела ИМТ  $\leq 25$ , вторую – 32 (51,6%) пациенток у которых были выявлены избыточная масса тела либо ожирение (ИМТ  $\geq 26$ ).

Пациентки с избыточным весом и ожирением имели повышенный риск инвазивного рака молочной железы по сравнению с женщинами с нормальным весом. Риск был наибольшим при ожирении 2 – 3 ст. (ИМТ  $> 35,0$ ). Ожирение 2 - 3 ст. также было связано с прогрессирующим течением заболевания, включая больший размер опухоли (2,12;  $p=0,02$ ), вовлечение в процесс лимфатических узлов (1,89;  $p=0,06$ ), метастазирование (1,94;  $p=0,05$ ). Влияния постменопаузальной гормональной терапии на течение инвазивного рака молочной железы выявлено не было.

**Выводы.** Избыточная масса тела и ожирение у женщин в постменопаузальном периоде связаны с прогрессирующим течением инвазивного рака молочной железы.

Родионова В.А., Шибанова Н.Н., Шахов И.А.

## **РОЛЬ ТРОМБОСТАТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ВЕНОЗНОМ РУСЛЕ КОНЕЧНОСТЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО), к которым относят тромбоз глубоких вен (ТГВ), тромбоз подкожных вен и тромбоэмболию легочных артерий (ТЭЛА), остаются важнейшей проблемой клинической медицины и затрагивают профессиональную сферу врачей всех без исключения специальностей. Значение ВТЭО обусловлено их чрезвычайно высоким потенциальным риском для здоровья и жизни пациента.

Тромботическое поражение венозного русла нижних конечностей, прежде всего глубоких вен, представляет собой острое состояние, развивающееся в результате комплексного действия ряда факторов. По данным статистических отчетов Министерства здравоохранения Российской Федерации, у нас в стране ежегодно регистрируются около 80 000 новых случаев данного заболевания. В пожилом и старческом возрасте частота ТГВ увеличивается в несколько раз и достигает 200 случаев на 100 000 в год. Легочную эмболию регистрируют ежегодно с частотой 35-40 на 100 000 человек. Непосредственная угроза жизни больного связана не с тромботическим поражением венозного русла, а с ТЭЛА.

В течение месяца после выявления ТГВ от легочной эмболии умирают 6% пациентов. Но даже благополучный исход острого периода не означает разрешения проблемы. В отдаленном периоде после тромбоза глубоких вен формируется посттромботическая болезнь нижней конечности (ПТБ), сопровождающаяся глубокой дезорганизацией работы венозной системы нижних конечностей с высокой вероятностью развития трофических язв. Еще одним возможным осложнением служит хроническая постэмболическая легочная гипертензия, развивающаяся в исходе распространенной обструкции легочного артериального русла. Тяжелая хроническая постэмболическая легочная гипертензия (ХПЭЛГ) в течение 5 лет приводит к смерти 10—15% больных, перенесших массивную ТЭЛА.

**Цель исследования.** Определить значимость локализации тромбостатических изменений в венозном русле в патогенезе ТЭЛА.

**Материалы и метод.** Проведен ретроспективный анализ 37 случаев с диагностированной ТЭЛА за период с января 2018г по декабрь 2019года в условиях ГБУЗ СОКОД. Из них 22 стационарных и 15 амбулаторных больных в возрасте от 51 до 75 лет (10 мужчин, 27 женщин), средний возраст составил 63 года.

С целью верификации ТЭЛА была выполнена мультidetекторная спиральная компьютерная томография с внутривенным болюсным введением контрастного вещества на аппаратах 16-срезовом томографе Light Speed (GE), 128- срезовом томографе Ingeniuiti (Philips). Всем пациентам проводилась ультразвуковое дуплексное сканирование глубоких и подкожных вен верхних и нижних конечностей, эхокардиография на аппаратах Esaote MyLab 70, PhiLips HBI 5000, Mindray DC-55 (CW) , электрокардиограмма на аппарате PageWriterTrim II PhiLips HBI 5000.

**Результаты исследования.** При анализе стационарных историй и амбулаторных карт больных с диагностированной ТЭЛА, в зависимости от локализации тромба выявлена эмболия на уровне сегментарных артерий у 26%, на уровне долевых и промежуточных артерий 60%, на уровне главных ветвей легочных артерий у 14%.

У пациентов с ТЭЛА в 100% случаев (37 пациентов) выявлено повышение уровня Д-Димеров в крови выше 255 нг/мл. По данным эхокардиографии в 75% случаев (28 пациентов) выявлено расширение правых камер сердца, легочная гипертензия. В 13% случаев (5 пациентов) по эхокардиографии патологии не выявлено. При анализе ЭКГ в 30% случаев (12 пациентов) регистрировалась инверсия зубца Т в отведениях V1-V3, в 50% случаев (17 пациентов) синдром SI-QIII, в 40% случаев (10 пациентов ) - перегрузка правых отделов сердца.

Основной причиной у 24 (65%) пациентов являлся флотирующий тромб глубоких вен нижних конечностей различного уровня локализации верхней границы тромботических включений: из них у 50 % (12 пациентов) на уровне общей бедренной вены, у 30% (8 пациентов) поверхностной бедренной вены, у 20% (4 пациента) на уровне подколенной вены. Тромбоз большой подкожной вены выявлен у 11 пациентов (30%) В 2 случаях выявлен тромбоз верхних конечностей (5%).

**Выводы.** Учитывая данные исследования можно сделать вывод, что ТЭЛА в большинстве случаев возникает преимущественно вследствие тромбоза глубоких вен нижних конечностей (полученные данные соответствуют приведенным в международной литературе).

Ультразвуковое дуплексное сканирование вен конечностей является основным методом исследования, которое определяет источник тромбоэмболии, позволяет

определить локализацию, эмбологенность, степень поражения, выбрать тактику ведения пациента при подозрении на венозный тромбоз, что значительно увеличивает успех проводимого лечения.

Ромаданова С.В., Золотарева Т.Г.

## **ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ РЕПУТАЦИЕЙ БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Присутствие организации в социальных сетях является очень важным условием развития. Это связано с тем фактом, что аккаунты организаций стали одними из основных источников информации о деятельности учреждения. Прежде чем определиться, будет ли он пользоваться услугами конкретной организации, пользователь ищет о ней информацию, на основании которой он уже сможет сформировать свое представление. В первую очередь, внимание обращают на оценки и отклики тех людей, которые уже пользовались услугами этой организации. Сегодня многие учреждения создают аккаунты, не уделяя должного внимания потребностям пользователей их социальных сетей. Это может приводить к возникновению разрыва между предлагаемым контентом и информационными запросами пользователей. Важно не только предоставлять целевой аудитории ценную информацию, но и делать это правильно. Ухудшение онлайн-репутации является крупнейшим риском для имиджа организации. Существует множество площадок в сети Интернет, где происходят настоящие «репутационные войны» и всему этому нужно уделять внимание. Необходимо понимать, что управление репутацией - это не только ответ на плохой отзыв, но и превентивные меры, которые изначально не допускали бы или снижали негатив в адрес учреждения. К тому же, сложно найти более хрупкую, деликатную и одновременно важную сферу деятельности, чем медицина.

**Цель исследования.** Рассмотреть возможности и риски использования социальных сетей для управления репутацией государственного бюджетного учреждения здравоохранения на примере Самарского областного клинического онкологического диспансера.

**Материалы и метод.** Аккаунты социальных сетей ГБУЗ СОКОД функционируют с 2013 года на площадках «ВКонтакте», «Twitter», «Facebook», «Одноклассники», «LiveJournal» и «YouTube», а с 2019 года был создан аккаунт в сети «Instagram». На протяжении более семи лет, работе в социальных медиа уделяется огромное внимание. Деятельность направлена на перспективу, что позволяет поэтапно поддерживать желаемый образ медицинской организации в течение длительного времени. Для ГБУЗ

СОКОД социальные сети являются средством для привлечения внимания как реальной, так и потенциальной целевой аудитории к профилактике онкологических заболеваний, современным медицинским технологиям в области онкологии, а также информационные платформы способствуют управлению репутацией организации. Для проведения данного исследования были выбраны платформы: «ВКонтакте» и «Twitter».

Рассмотрим возможности использования социальных сетей для управления репутацией государственного бюджетного учреждения здравоохранения. Социальные сети - это прекрасная площадка для обучения, взаимодействия с целевой аудиторией, распространения информации о новых технологиях, научных исследованиях, обучающих курсах, конференциях, а также для проведения онлайн-исследований. Пользователи той или иной социальной сети, имеют разные желания. Платформы позволяют управлять репутацией учреждения по средствам информационного наполнения. Для социальных сетей ГБУЗ СОКОД применяется различный контент, для аккаунта и страницы во «ВКонтакте» чаще всего используются профилактические, развлекательные посты, опросы, фотографии и новости, ведется работа с обращениями от интернет-пользователей. В «Twitter» же наоборот уделяется внимание оформлению текста сообщения, и также проводится работа с обращениями от интернет-пользователей. Ежемесячно карта контента обновляется. Всего за 2018 г. во «ВКонтакте» на страницах аккаунта и группы ГБУЗ СОКОД было размещено 360 постов, а в 2019 г. количество постов увеличилось до 503, что позволило нам чаще взаимодействовать с целевой аудиторией. В июле 2020 г. среди пользователей социальной сети «ВКонтакте» был проведен опрос о том, какой контент хотели бы видеть пользователи в группе ГБУЗ СОКОД, по его результатам людям интересно узнавать об информации о предупреждении онкологических заболеваний (48% респондентов). Данная информация позволяет нам формировать контент, ориентируясь на целевую аудиторию. В «Twitter» на странице Самарского областного клинического онкологического диспансера в 2018 г. было размещено 139 постов, а в 2019 г. мы увеличили количество до 203.

Узнать, что думает посетитель о качестве работы государственного бюджетного учреждения здравоохранения, и ответить на жалобы – это один из важных элементов в управлении репутацией. В работе с вопросами и жалобами немаловажным для нас является выстраивание эмоциональной связи с клиентом. «Twitter» открыто приглашает человека включиться в свободную дискуссию, именно здесь люди ищут внимания и хотят быть услышанными. Работа в данной социальной сети ведется в круглосуточном режиме, ни одно обращение не остается без внимания, ответы производятся в течение нескольких

часов. В данной коммуникации наши приоритеты: возможность управлять мнением о качестве предоставления медицинских услуг и обслуживании клиентов; контроль репутации ГБУЗ СОКОД; возможность быстрого реагирования в кризисных ситуациях; ориентация на клиента по средствам обратной связи.

Одним из основных результатов работы в социальных сетях ГБУЗ СОКОД является увеличение аудитории сообществ ГБУЗ СОКОД: во «ВКонтакте» в период с 2018 г. по 2019 г. произошло увеличение на аккаунте с 1876 до 1977 подписчиков, в группе с 2686 до 2998 подписчиков. За соответствующий период в «Twitter» аудитория увеличилась с 680 до 836 подписчиков. Еще одним индикатором контакта с аудиторией являются «лайки» от пользователей, 365 дней активности подписчиков официальных сообществ ГБУЗ СОКОД в 2018 г. – 2883 «лайка» в «ВКонтакте», 442 - в «Twitter», в 2019 г. за тот же период – 4978 «лайков» в «ВКонтакте», 1033 - в «Twitter».

Медицинские социальные сети, помимо возможностей общения для всех участников, несут еще большие риски, такие, как, риск нарушения принципа «не навреди», а также раскрытия врачебной тайны. При работе на платформах ряд вопросов требует присутствия пациента на очной консультации у врача, к ним относятся: оценка прогноза (заочно и без данных обследований прогноз невозможен); виды лечения народными средствами (специалисты диспансера работают в рамках доказательной медицины); просьбы прокомментировать назначения другого врача (это противоречит медицинской этике). Также при работе в социальных сетях необходимо учитывать ряд правил:

- не нарушать принципы неприкосновенности частной жизни;
- перед размещением своих материалов и комментариев удостовериться, что они являются профессиональными и достоверными;
- не разглашать в Интернете персональные данные;
- не размещать публикации, нарушающие профессиональный кодекс врачей;
- размещая в социальных сетях контент, разделять его на профессиональный и личный;
- отдавать себе отчет в том, что посты могут быть неправильно интерпретированы другими участниками;
- быть внимательным и сдержанным при ведении онлайн-коммуникаций;
- знать и соблюдать требования по защите персональных данных.

**Выводы.** Социальные сети превратились в важный инструмент для управления репутацией государственного бюджетного учреждения здравоохранения, но при работе в них необходимо учитывать как возможности, так и риски.

Рыбакова Н.Г., Сивохина Т.А., Бурмистрова С.А., Лаврентьева Е.Б., Суховилова Е.В.

## **ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФОСТАЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА «ЭЛГОС» ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Цель.** Оценить эффективность применения электростатического массажа с помощью аппарата «Элгос» в лечении лимфостаза нижних конечностей у пациентов после радикального лечения рака шейки матки.

**Материалы и методы.** Данный метод лечения в отделении реабилитации за 2019 года получили 120 пациентов, перенесших радикальное лечение рака шейки матки 1-3Б ст. Курс лечения состоял из 10 процедур, длительностью воздействия на каждую нижнюю конечность 15 минут, кратностью воздействия ежедневно.

Проведение массажа аппаратом «Элгос» осуществлялось с помощью специальных перчаток. Прибор генерирует между руками медицинской сестры и кожей пациента переменное электростатическое поле в ритме заданной частоты 100 Гц, вызывающее при движении по поверхности тела сагиттальные возвратно-поступательные колебания всей толщи подлежащих тканей. Такие колебания имеют направленное противовоспалительное, трофостимулирующее, детоксифицирующее и дренажное действие, в результате чего улучшаются и ускоряются местные метаболические и трофические процессы в слоях кожи, уменьшается отек тканей.

**Результаты.** В результате применения массажа с электростатическим полем аппаратом «Элгос» у всех пациентов отмечалась положительная динамика: противоотечный эффект в раннем послеоперационном периоде (начиная с 3-5 дня от момента операции) в 70 % случаев; уменьшение лимфостаза нижних конечностей в 80% случаев на амбулаторном этапе; замедление процесса фиброзирования тканей при лимфостазе 3-4 степени 32% случаев.

**Выводы.** Применение электростатического массажа системой «Элгос» является эффективным методом лечения лимфостаза у пациентов, после радикального лечения рака шейки матки, который способствует сокращению сроков госпитализации, улучшению качества жизни и скорейшему возвращению пациентов к активному образу жизни.

Сивохина Т.А., Бурмистрова С.А., Рыбакова Н.Г., Кожина М.В.

## **ПРИМЕНЕНИЕ СИНУСОИДАЛЬНОГО МОДУЛИРОВАННОГО ТОКА (СМТ) В ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Цель исследования.** Оценить эффективность применения СМТ в лечении недержания кала после радикального лечения рака прямой кишки.

**Материалы и метод.** В отделении реабилитации за 2019 год было пролечено методом СМТ-терапии 30 пациентов, страдающих недержанием кала, после радикального лечения рака прямой кишки 1-3А ст. Курс лечения состоял из 10 процедур, длительностью 15 минут, кратностью воздействия - ежедневно.

Лечение методом СМТ проводилось на аппарате «Амплипульс». Данная процедура осуществлялась по следующей методике: на область пояснично-крестцового отдела с помощью специальных перчаток, на аппарате «Эвидент» с помощью ручного аппликатора. Приборы генерируют между руками медицинской сестры или ручным аппликатором и кожей пациента переменное электростатическое поле в ритме заданной частоты 100 Гц, вызывающее при движении по поверхности тела сагиттальные возвратно-поступательные колебания всей толщи подлежащих тканей. Такие колебания имеют направленное противовоспалительное, трофостимулирующее, детоксифицирующее и дренажное действие, в результате чего улучшаются и ускоряются местные метаболические и трофические процессы в слоях кожи, уменьшается отек тканей.

**Результаты исследования.** В результате применения массажа с электростатическим полем аппаратами «Хивамат» и «Эвидент» у всех пациентов отмечалась положительная динамика:

- противоотечный эффект в раннем послеоперационном периоде (начиная с 3-5 дня от момента операции) в 70 % случаев;
- уменьшение лимфостаза нижних конечностей в 82% случаев на амбулаторном этапе;
- замедление процесса фиброзирования тканей при лимфостазе 3-4 степени 32% случаев.

**Выводы.** Применение электростатического массажа системой «Хивамат» и «Эвидент» является эффективным методом лечения лимфостаза у пациентов, после радикального лечения рака шейки матки, который способствует сокращению сроков госпитализации, улучшению качества жизни и скорейшему возвращению пациентов к активному образу жизни.

Скупченко А.В., Репин А.А., Рассудишкин А.С., Лысенко А.В.

## **РОЛЬ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕЧЕНЬ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** При прогрессии рака молочной железы одним на наиболее частых объектов метастазирования является печень. Системная химиотерапия является стандартным методом лечения данных пациентов. Её эффективность, по данным литературы, не превышает 60%. В настоящее время в ряде клиник в нашей стране и за рубежом при исчерпании возможностей проведения системной химиотерапии всё чаще применяется химиоэмболизация печеночной артерии.

**Цель исследования.** Оценить эффективность лечения метастазов рака молочной железы в печень методом химиоэмболизации печеночной артерии и возможности компьютерной томографии в оценке результатов лечения.

**Материалы и методы.** В период с 2008 по 2020 годы в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения Самарского областного клинического онкологического диспансера 56 пациенткам с раком молочной железы была выполнена химиоэмболизация метастазов печени.

Показанием для проведения химиоэмболизации была прогрессия заболевания в виде появления новых или увеличения имеющихся метастазов печени после проведения системной химиотерапии. Возраст больных на момент начала лечения составлял от 33 лет до 61 года (в среднем – 44 года). В 42 наблюдениях (75%) метастазы печени сочетались с поражением других органов (кости и лимфатические узлы ворот печени), у 14 пациенток (25%) наблюдалось изолированное поражение печени.

По стандартной методике выполнялось ангиографическое исследование сосудов печени. Производилась оценка источников кровоснабжения метастатических очагов. Затем, проводилась селективная катетеризация питающих сосудов опухоли и их эмболизация. Во всех случаях эмболизация печеночной артерии проводилась смесью жирорастворимого контраста липиодола-ультрафлюида и водного раствора доксорубицина. Доза доксорубицина варьировала от 50 до 150 мг в зависимости от объёма пораженной паренхимы печени.

Перед началом лечения с целью определения распространенности метастатического процесса пациенткам выполнялось исследование органов брюшной

полости на спиральном 16-срезовом компьютерном томографе LightSpeed (GE, США). Толщина реконструируемого среза составляла 2,5 мм.

Проводилось болюсное контрастное усиление иньектором Nemoto с введением в периферическую вену пациентки от 80 до 100 мл неионного контрастного вещества, со скоростью 3 мл/с. Выполнялось трехфазное сканирование: в артериальную фазу с использованием функции «отслеживания болюса» (Smart Prep), в венозную и отсроченную фазы. Исследование с аналогичной методикой выполнялось в дальнейшем через 1 месяц после проведения химиоэмболизации печеночной артерии.

Оценка результатов лечения проводилась согласно критериям RECIST. Положительными признаками считались уменьшение размеров очагов или отсутствие их роста, отсутствие появления новых очагов. Помимо оценки числа и размеров патологических очагов, оценивались такие признаки, как наличие эмболизата в структуре очагов и степень заполнения им очагов, наличие или отсутствие накопления очагами контрастного вещества, изменение характеристик формы и контуров метастатических очагов.

**Результаты исследования.** По результатам КТ, выполнявшейся до лечения, в большинстве случаев (у 43 больных, (77%) метастатическое поражение печени было представлено множественными очагами в обеих долях, у трех пациенток было выявлено несколько очагов только в правой доле. У одной пациентки метастазы носили гипervasкулярный характер, у остальных – гиповаскулярный.

По результатам контрольной КТ, проводимой после лечения, 42 пациенткам (75%) было сделано заключение о стабилизации процесса; при этом у 21 (37,5%) больных наблюдалось уменьшение размеров очагов. У всех больных со стабилизацией процесса было выявлено либо отсутствие накопления контрастного вещества в метастатических очагах, либо меньшая, чем ранее, степень контрастирования. У трех пациенток отмечалось полное заполнение объема очагов эмболизатом. У 9 пациенток (18,8%), по результатам контрольной КТ, были выявлены признаки прогрессирования заболевания, проявившиеся увеличением размеров выявленных ранее или появлением новых очагов в печени.

**Выводы.** Химиоэмболизация печеночной артерии является эффективным методом регионарного воздействия на метастазы рака молочной железы в печень и может применяться при неэффективности системной химиотерапии. Многосрезовая спиральная компьютерная томография позволяет с высокой степенью точности определить

распространенность метастатического процесса и оценить динамику после проведенного лечения.

Скупченко А.В., Репин А.А., Рассудишкин А.С., Лысенко А.В.

## **РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ В КОМБИНАЦИИ С ЭМБОЛИЗАЦИЕЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Единых стандартов лечения больных со злокачественными новообразованиями печени (первичными и метастатическими) окончательно не разработано. В тех ситуациях, когда хирургическое лечение невозможно (по распространенности процесса или по соматическому состоянию и сопутствующей патологии), применяются методы локорегионарного воздействия: радиочастотная абляция (РЧА), различные виды эмболизации печеночной артерии (ЭПА).

**Цель исследования.** Улучшить результаты РЧА печени, расширить показания к применению данной методики.

**Материалы и методы.** В отделении рентгенхирургии ГБУЗ «СОКОД» РЧА печени проводится при помощи аппарата Volleyleab Cool-type RF игольчатыми электродами с длиной рабочей части 3 см или при помощи аппарата Radionics зонтичным электродом Rita Star Burst.

Позиционирование электрода в опухоль осуществляется под УЗИ или КТ навигацией. Абляция опухоли выполняется в автоматическом режиме контроля импеданса. Длительность сеанса и количество точек приложения зависит от размера образования и его локализации и составляет от 10 до 15 минут (в среднем 12 минут на одну позицию электрода в опухоли).

Оценка результата проводится путем выполнения КТ брюшной полости с контрастным усилением сразу после операции, через 1 и через 3 месяца. Ограничивающим фактором применения метода РЧА печени является теплоотводящее действие крови, протекающей по близлежащим сосудам. Предварительно выполненная ЭПА перед РЧА печени позволяет редуцировать кровоток в опухоли, увеличивая тем самым зону некроза при том же самом времени воздействия.

**Результаты исследования.** За период с 2010 по 2020 год включительно нами выполнено 66 комбинированных операции на печени (РЧА в сочетании с ХЭПА), из них 4 при первичных раках печени (2 гепатоцеллюлярный рак, 2 холангиоцеллюлярный рак) и 58 при метастатических новообразованиях (колоректальные метастазы – 30, и по 2

случаю: меланома сетчатки глаза, рак почки, рак молочной железы, рак желудка, рак большого дуоденального сосочка, метастаз из невыявленного первичного очага).

Размер образований составлял от 2 до 9 см, в среднем 4.5 см. Количество точек приложения электрода в опухоль за одну операцию варьировало от 1 до 6 (в среднем 3). Общее время абляции от 20 до 90 минут, в среднем 50 минут. Максимальное количество образований, подвергавшихся абляции за одну операцию – 2. По данным КТ с контрастным усилением, выполненного непосредственно после операции, во всех случаях удалось добиться зоны абляции, перекрывающей границы первичной опухоли на 1 см.

При анализе данных КТ в динамике через 1 месяц после операции данных за местную прогрессию не получено ни у одного больного. Через 3 месяца отмечен продолженный рост в зоне РЧА у тех пациентов, у которых размер образования на момент операции был более 5 см.

**Выводы.** Предварительно выполненная ЭПА перед РЧА редуцирует кровоток в печени, позволяя подвергать абляции новообразования большего размера при одинаковом времени экспозиции электрода в опухоли.

Скупченко А.В., Горбачев А.Л., Рассудишкин А.С., Репин А.А., Лысенко А.В.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ УРЕТЕРОКУТАНЕОСТОМИИ И ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОСТОМИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Опухоли мочевого пузыря составляют 70% новообразований органов мочеполовой системы и около 4% всех злокачественных новообразований. В России в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями рак мочевого пузыря составляет 4,5%.

**Цель исследования.** Сравнить эффективность мочеотведения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде после выполнения радикальной цистэктомии с выполнением уретерокутанеостомии и наложением пункционных нефростом.

**Материалы и метод.** В период с 2010 по 2010 годы в отделении онкоурологии Самарского областного клинического онкологического диспансера 135 пациентам было проведено радикальное хирургическое лечение по поводу рака мочевого пузыря. Возраст больных от 45 лет до 62 лет (в среднем – 51 год). 85 пациентам была выполнена операция - радикальная цистпростатэктомия, двухсторонняя подвздошно-обтураторная лимфодиссекция и уретерокутанеостомия с обеих сторон. В 50 наблюдениях уретерокутанеостомия не проводилась. Из них 45 пациентам перкутанная нефростомия с обеих сторон выполнялась до операции и 5 пациенту на 3 сутки после цистэктомии. В случае наличия у пациентов тяжелой сопутствующей соматической патологии предпочтение отдавалось пункционной нефростомии.

Средняя продолжительность операции с уретерокутанеостомией составила 165 минут. Средняя продолжительность радикальной цистэктомии без уретерокутанеостомии составила 122 минуты.

Перкутанная нефростомия с двух сторон проводилась, в условиях отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения, под внутривенной анестезией и занимала от 20 до 30 мин.

**Результаты исследования.** В ближайшем послеоперационном периоде нарушения отведения мочи как при наложении уретерокутанеостом, так и при пункционных нефростомиах выявлено не было.

В последующем, плановая замена уретерокутанеостом производилась урологом по месту жительства, отмечалось подтекание мочи, мацерация кожи. Замена

нефростомических дренажей производилась в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения. Нарушение функционирования уретерокутанеостом с развитием острого пиелонефрита отмечено в 10 наблюдениях. При пункционной нефростомии в 15. В 10 наблюдениях отмечено выпадение нефростомического дренажа. В 15 наблюдениях при замене уретерокутанеостом сформировался ложный ход при этом в 10 случаях потребовалось наложение пункционных нефростом.

**Выводы.** Уретерокутанеостомия и пункционная нефростомия являются сопоставимыми по эффективности методами мочеотведения при выполнении радикальной цистэктомии.

Смирнов Е.В., Аблекова О.Н., Лужнова Т.П.

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ОБРАЗОВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И СОПОСТАВЛЕНИЕ С ЦИТОЛОГИЧЕСКИМ ЗАКЛЮЧЕНИЕМ ПОСЛЕ ТАПБ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Нельзя переоценить важность своевременной диагностики образований молочных желез у женщин, что влияет на продолжительность и качество жизни, так как в России рак молочной железы занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости.

**Цель исследования.** Сопоставить данные ультразвукового исследования молочных желез с морфологическими данными после тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ) образований.

**Материалы и метод.** Проведен анализ 30 амбулаторных карт пациенток, с подозрением на образования молочных желез, период июнь -июль 2020 года, возраст пациенток от 30 до 74 лет (средний возраст 52 года ). Ультразвуковое исследование выполнялось на аппаратах Logiq E9 и Logiq S8, с использованием мультисекторного линейного датчика работающего в диапазоне 6-15 МГц. В стандартное обследование пациентов вошли: осмотр у врача онколога, ультразвуковое исследование молочных желез и зон регионарного лимфооттока. Выполнялось УЗИ по стандартной методике с проведением серошкального исследования, энергетического и цветового доплеровского картирования ( В-режим, ЭД, ЦДК ). Для трактовки полученных данных при проведении УЗИ молочных желез использовалась градация по системе BI-RADS. Выполнялись ТАПБ всех выявленных образований, с дальнейшим цитологическим исследованием полученного материала.

**Результаты исследования.** Жалобы на ноющие боли и дискомфорт в молочных железах предъявили 6 пациенток (20%), самостоятельно обнаружили уплотнение 16 пациенток (54%), при плановой маммографии образования были выявлены у 3 пациенток (10%), после ультразвукового исследования, проведенного в поликлинике по месту жительства - у 5 (16%).

При ультразвуковом исследовании были выявлены следующие изменения: кисты, анэхогенные образования округлой формы с четкими ровными контурами, с гомогенным содержимым, у 9 пациенток (30%); атипичные кисты, анэхогенные образования округлой или овоидной формы, с четкими утолщенными контурами, с негетогенным

содержимым, в режиме ЦДК сигналы кровотока не регистрировались, у 2 пациенток (7%); узловая форма мастопатии, гипоехогенные участки соединительной ткани с более или менее ровными контурами, неомогенной структуры, без деформации тканей вокруг, при ЦДК сосуды имели линейную направленность, отсутствовали признаки усиления сосудистого рисунка, у 3 пациенток (10%); фиброаденомы, гипоехогенные образования с ровным контуром, горизонтальной направленности, овоидной формы, с симметричными латеральными тенями, при ЦДК определялись сосуды, огибающие образование, у 10 пациенток (33%); липомы, изоэхогенные или гиперэхогенные образования, с ровными контурами, горизонтальной направленности, при ЦДК отсутствовали признаки сосудистого усиления, у 2 пациенток (7%); рак, гипоехогенные образования с неровными, часто лучистыми контурами, вертикальной направленности, неоднородной структуры, при ЦДК определялись извитые, разнонаправленные сосуды, в режиме ЭД регистрировались сосудистые локусы, не определявшиеся при ЦДК, у 4 пациенток (13%).

**Выводы.** Ультразвуковое заключение подтвердилось цитологическим заключением после ТАПБ в 83%, ТАПБ была неинформативна в 17%, из них у 1 пациентки не был верифицирован рак. При подозрении на рак молочной железы необходимо выполнять трепанбиопсию образования.

Соловов В.А., Ганьжов В.О., Матяш Я.С.

## **РАДИОЧАСТОЧНАЯ АБЛЯЦИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПЯТИЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность:** радиочастотная абляция (РЧА) является новым малоинвазивным, безопасным и эффективным методом лечения доброкачественных узловых образований щитовидной железы и автономно функционирующих узлов (АФУ).

**Цель исследования:** оценить пятилетние результаты радиочастотной абляции доброкачественных узловых образований щитовидной железы и автономно функционирующих узлов.

**Материалы и методы.** В ретроспективный анализ были включены пятилетние результаты лечения 654 пациентов с доброкачественными новообразованиями щитовидной железы, которым была выполнена РЧА в 2014 - 2019 г. Все пациенты предъявляли жалобы на дискомфорт в области шеи, у 31 % пациентов отмечались изменения формы шеи, 19 % жаловались на болезненность при пальпации. Размер узловых образований в среднем составлял 3,5 (2,5-8) см. Для исключения злокачественной опухоли всем пациентам дважды была выполнена прицельная биопсия узловых образований под ультразвуковым контролем. После проведения РЧА у всех пациентов определяли уровень гормонов щитовидной железы и проводили контрольное ультразвуковое исследование через 1, 6, 9, 12, 24, 36, 48, 60 месяцев.

Для абляции использовались специальные электроды с длиной рабочей части 0,5 см. Применялась местная анестезия лидокаином в месте введения электрода. Длительность абляции составила 3-10 минут в зависимости от размера узлового образования. Абляция проводилась под ультразвуковой навигацией и завершалась, когда все узловое образование становилось гиперхогенным.

**Результаты исследования.** После выполнения РЧА объемы узлов щитовидной железы уменьшились по сравнению с исходными на 54 %, 62 %, 76, 81 % через 6, 12, 24, 48 месяцев соответственно. Наибольшее уменьшение объема наблюдалось в течение первых трех месяцев. Терапевтический эффект был достигнут за один сеанс у 65 % пациентов, 35% пациентам была выполнена повторная РЧА вследствие недостаточного сокращения узлового образования. У пациентов с АФУ с гипертиреозом функция щитовидной железы нормализовалась полностью через 4 недели после РЧА у 89%, в 11%

потребовалось выполнение повторной РЧА. Все пациенты отмечали уменьшение или полное исчезновение симптомов в течение шести месяцев после проведения РЧА. Никаких осложнений при проведении РЧА не наблюдалось.

**Выводы.** Таким образом, пятилетние наблюдения показывают, что РЧА является эффективным, малоинвазивным методом лечения доброкачественных узловых образований щитовидной железы.

Соловов В.А., Тюрин А.А., Ганьжов В.О., Фесенко Д.В.

## **ФОКУСИРОВАННАЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АБЛЯЦИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ДОЛГОСРОЧНЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность:** фокусированный высокоинтенсивный ультразвук (HIFU) является высокоэффективным, неинвазивным методом лечения рака простаты с минимальными побочными эффектами.

**Цель исследования:** оценить долгосрочные (двенадцатилетние) результаты фокусированной высокоинтенсивной ультразвуковой абляции при лечении больных с раком предстательной железы.

**Материалы и методы.** В ретроспективный анализ были включены результаты лечения 1345 больных раком предстательной железы, которым была выполнена HIFU в 2007 - 2019 гг. Пациентов с низким риском прогрессии рака простаты (Глиссон 5-6, стадия T1- 2N0M0, ПСА < 10 нг/мл) было 291, с промежуточным (Глиссон 7, стадия T1- 2N0M0, ПСА 10-20 нг/мл) - 545, с высоким (Глиссон 8-9, стадия T2-3N0M0, ПСА 20-50 нг/мл) - 467, с местным рецидивом после ДЛТ и РПЭ – 42. Средний возраст составил 71,3 (52-89) года. 946 (70,3%) пациентам до HIFU-терапии была выполнена трансуретральной резекция простаты (ТУР). Среднее время наблюдения после лечения составило 122 (3-216) месяца.

**Результаты исследования.** Местный рецидив или прогрессия после 10 лет наблюдения в группе с низким риском прогрессии наблюдались у 4,5 % пациентов, в группе с промежуточным риском развития прогрессии у 9,7 % , в группе с высоким риском у 34,9 %, в группе с местным рецидивом после ДЛТ и РПЭ у 25,6 %.

После 10 лет наблюдения безрецидивная выживаемость в группе с низким риском прогрессии была 95%, 92,7% в группе с промежуточным риском, 69,1 % в группе с высоким риском и 77,4 % в группе пациентов с местным рецидивом после ДЛТ и РПЭ.

**Выводы.** Наши наблюдения свидетельствуют о том, что HIFU является высокоэффективным методом лечения при долгосрочном наблюдении первичного рака предстательной железы, спасительной терапией локального рецидива после ДЛТ и РПЭ.

Стадлер В.В. Крюкова Э.Г. Сметанин А.И. Муськин Р.Р.

## **ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОДНОЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ ТОРАКАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Введение.** В связи с увеличением объема и травматичности оперативных вмешательств в торакальной хирургии возникает необходимость использования 2-х просветной интубационной трубки, либо установка бронхоблокатора при интубации трахеи для проведения однолегочной вентиляции. В связи с тем, что большинство торакальных операций выполняется в положении на боку и оперируемое легкое не вентилируется, сохраняющийся в нем кровоток образует шунт, способствующий гипоксии. Изменения в нижележащем легком связаны с уменьшением его объема, давлением на него органов средостения, образованием микроателектазов и гипоксической вазоконстрикцией. Цель исследования: проведение однолегочной вентиляции у пациентов торакального отделения.

**Материал и методы.** Проведен анализ течения анестезии 43 больных, оперированных в торакальном отделении ГБУЗ СОКОД В 2019-2020 г. г.. Из них диагностические видеоторакоскопии –7, пульмонэктомии –9, операций типа Льюиса–8, торакотомии при выполнении лобэктомии –9 справа, –10 слева. Интубация проводилась по стандартной методике, доза наркотического анальгетика (фентанил) была увеличена в 1,5-2 раза у больных с сердечно-сосудистой патологией. Все больные вентилировались аппаратом Drager Fabius GS. После аускультативного контроля положения интубационной трубки (при необходимости проводилась ФБС) устанавливался режим вентиляции по давлению для достижения дыхательного объема за счет выключения легкого из вентиляции. Путем подъема давления на входе достигалась увеличение дыхательного объема до исходного. Частота дыхания устанавливается так, чтобы СО<sub>2</sub> было около 40 мм. рт. ст., поскольку умеренная гипокапния может ослабить гипоксическую вазоконстрикцию.

**Результаты исследования.** По результатам наблюдения у 32 больных гипоксемия не наблюдалась. У 11 пациентов произошло снижение сатурации О<sub>2</sub> до 80-90%, которое было устранено применением непрерывного положительного давления неинтубируемого легкого путем подачи О<sub>2</sub> через катетер. В 1 случае для достижения удовлетворительных

показателей оксигенации потребовалось ПДКВ интактного легкого до 5 см H<sub>2</sub>O и ФБС для санации контроля положения трубки.

**Выводы.** При развитии гипоксемии на фоне однологочной вентиляции рекомендуется: проверить дыхательный объем, провести ФБС для контроля правильности положения трубки и санации трахеобронхиального дерева, установить ПДКВ до 5 см вод. ст., возможна раздельная вентиляция обоих легких в разных режимах двумя аппаратами с высокочастотной вентиляцией оперируемого легкого.

Стеценко Т.Н., Аблекова О.Н., Бондарева Т.В.

## **ТРАНСРЕКТАЛЬНАЯ ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Диагностика рака предстательной железы (РПЖ) основана на верификации, которая не возможна без ультразвукового контроля. Верификация может быть гистологической и цитологической. Наличие пальпаторных, ультразвуковых признаков рака предстательной железы, уровень простатического специфического антигена (ПСА) выше 4 нг/мл при величине индекса плотности простатического специфического антигена более 0,15 и отношении свободного простатического специфического антигена к общему менее 15%, делают выполнение биопсии простаты необходимой. По результатам биопсии можно оценить степень местного распространения рака предстательной железы (РПЖ), а также степень злокачественности новообразования в баллах по шкале Глисона.

Аспирационная биопсия так же имеет диагностическое значение, и остается популярной для цитологического исследования предстательной железы в некоторых странах Европы и мира. Esposti разработал современные цитологические критерии карциномы предстательной железы и определение степени ее злокачественности. Достоверность и дифференциально-диагностическую значимость тонкоигольной биопсии можно повысить за счет применения иммуноцитохимических методов исследования.

**Цель исследования.** Выявить целесообразность внедрения в практику тонкоигольной аспирационной биопсии при обследовании пациентов с подозрением на рак предстательной железы.

**Материалы и методы.** В декабре 2018 года было обследовано 47 пациентов. Всем пациентам проводили: пальцевое ректальное исследование (ПРИ), анализ крови на ПСА, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ), трепанбиопсия предстательной железы под контролем ТРУЗИ, аспирационная пункционная биопсия предстательной железы под контролем ПРИ. Возраст пациентов варьировал от 45 до 81 года. ПСА от 3 нг/мл до 155 нг/мл. Объем простаты, по результатам ТРУЗИ, от 20 до 145 см<sup>3</sup>.

**Результаты исследования.** По результатам ультразвукового исследования пациенты были разделены на группы: 1) при ультразвуковом исследовании изменений не было выявлено у 13 пациентов (28%); в этой группе у 2 пациентов выявлен рак по

результатам гистологии, цитологически у них рак не был выявлен; у 11 – гистология и цитология подтвердили эхографическое заключение; 2) выявлены эхографические признаки РПЖ у 11 пациентов (23%); гистологически- обнаружен рак у 11 пациентов, у 6 пациентов рак подтвердили также и при цитологическом заключении, у 5 пациентов цитологически рак не был выявлен; 3) 23 пациента (49%) имели сомнительную эхографическую картину, в периферической части выявлены гипоэхогенные зоны, без признаков гиперваскуляризации в режиме ЭД, подозрительные на рак; у 13 пациентов при гистологическом исследовании выявлен рак, по результатам цитологического заключения - рак подтвердился только у 5 пациентов.

По результатам трепанбиопсии из 47 пациентов, гистологическое заключение - рак предстательной железы у 26 пациентов; по результатам цитологии рак подтвердили только у 12 пациентов.

**Выводы.** Цитологическое исследование может быть использовано в некоторых клинических ситуациях для верификации патологических изменений в предстательной железе, как дополнительный метод для отбора контингента на симптоматическое лечение. Материал для цитологического исследования может быть взят онкологом-урологом при пальцевом ректальном исследовании. Наличие пальпируемых уплотнений позволяет взять прицельно материал из подозрительного участка. В некоторых ситуациях это позволит удешевить и ускорить процесс постановки диагноза. Золотым стандартом, при постановке диагноза рак предстательной железы, все же стоит считать ТРУЗИ с трепанбиопсией.

Тарасова А.В., Каганов О.И., Волкова К.С.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЬЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С HER2-NEU ПОЗИТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Рак молочной железы занимает первое место в структуре онкологических заболеваний у женщин. Несмотря на успехи в лечении и качестве диагностики, смертность от рака молочной железы остается высокой. К сожалению, примерно у 20-25% больных с впервые выявленным РМЖ диагностируют III стадию заболевания в мире. Удельный вес пациенток с впервые выявленным РМЖ III стадии в 2019 году в РФ составил 20,2%, в Самарской области 22,4%. Пациентки с III стадией РМЖ на первом этапе получают неоадьювантную химиотерапию, призванную уменьшить размеры первичной опухоли молочной железы, с возможностью на втором этапе выполнить органосохраняющую операцию. По статистическим данным, 15-25% вновь выявленных инвазивных РМЖ являются HER-2-позитивными. Гиперэкспрессия и/или амплификация гена HER-2 клетками РМЖ относятся к наиболее неблагоприятным прогностическим факторам, поскольку ассоциируются с агрессивными гистопатологическими параметрами опухоли и сопровождаются значительным ухудшением безрецидивной и общей выживаемости больных, а также малой эффективностью цитостатической терапии. Поэтому в настоящее время одной из важнейших проблем маммологии остается эффективная неоадьювантная химиотерапия для пациенток с HER-2- позитивным раком молочной железы. Опыт проведение трехкомпонентной комбинации трастузумаб + пертузумаб + доцетаксел в неоадьювантном режиме не велик в Российской Федерации. В связи с этим перед нами стояла задача: оценить результаты лечения данной комбинацией и профиль токсичности.

**Материалы и метод.** В отделение химиотерапии № 1 в течение 18 месяцев в 2019 -2020 гг. было пролечено 20 пациенток с диагнозом HER-2-позитивный РМЖ III стадия. Пациентки получили 6 циклов ПХТ по схеме трастузумаб + пертузумаб + доцетаксел.

**Результаты исследования.** При анализе результатов у всех 20 пациенток отмечалось субъективное улучшение общего состояния и пальпаторно уменьшение размеров опухоли на первых курсах лечения. По данным объективных методов исследования у 16 пациенток отмечалось уменьшение размеров первичной опухоли до

50 %, у 2 пациенток объективный ответ составил 80% и ещё у двух наблюдался полный регресс опухоли. По результатам гистологического исследования после оперативного лечения лечебный патоморфоз опухоли был 3-4 степени у всех пациенток. На фоне проводимой терапии были отмечены следующие побочные реакции: лейкопения 2-3 степени у 18 пациенток (90%), алоpecia у 19 пациенток (95%), кардиотоксичности не отмечалось. За время лечения выраженность побочных реакций не являлась фактором, требующим отмены препаратов.

**Выводы.** Применение трехкомпонентной комбинации трастузумаб + пертузумаб + доцетаксел в неoadъювантном режиме у пациенток с HER-2-позитивным РМЖ позволяет достичь максимального ответа опухоли на лечение, в отдельных случаях, достичь полный регресс первичной опухоли, и улучшить общую и безрецидивную выживаемость для пациенток с неблагоприятным прогнозом.

Тимирбултов Т.Ш., Вишняков В.А., Мальцева Н.В., Сергеева О.В.

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА  
ЦЕФТАЗИДИМ/АВИБАКТАМ «ЗАВИЦЕФТА» В ОРИТ У ПАЦИЕНТОВ С  
ИНФЕКЦИЯМИ, ВЫЗВАННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ  
ВЫРАБАТЫВАЮЩИМИ КАРБАПЕНЕМАЗЫ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

Одна из глобальных проблем в медицине и интенсивной терапии в частности — проблема антибиотикорезистентности, которая вызвана применением антибиотиков особенно широкого спектра действия. Устойчивость микроорганизмов к применяемым антибактериальным препаратам препятствует эффективности в борьбе с инфекциями, а также лишает пациента возможности получать своевременную адекватную терапию. Это часто сопровождается более поздним началом эффективного лечения, повышением риска развития осложнений и уровня смертности, а также ростом финансовых затрат.

Особо актуально стоит вопрос преодоления резистентности грамотрицательных микроорганизмов к карбапенемам. Основным механизмом формирования устойчивости грамотрицательных бактерий к карбапенемам является продукция карбапенемаз, вследствие широкого их карбапенемов для стартового лечения сепсиса и септического шока. Микроорганизмы с приобретенной резистентностью к карбапенемам устойчивы ко всем беталактамным антибиотикам и часто к препаратам других классов противомикробных средств.

С 2019 года в практику вошел комбинированный препарат — цефтазидим/авибактам («Завицефта»), представляющий собой сочетание цефалоспорины третьего поколения и ингибитора бета-лактамаз на основе диазобициклооктана. В спектр ингибирующей активности авибактама попадают бета-лактамазы класса C, A (карбапенемаза KPC-тип) и D (карбапенемаза OXA-48-тип). Показаниями к применению препарата «Завицефта» являются осложненные интраабдоминальные инфекции, осложненные инфекции мочевыводящих путей, госпитальная пневмония (включая пневмонию, ассоциированную с ИВЛ), инфекции, вызванные аэробными грамотрицательными микроорганизмами у пациентов с ограниченным выбором антибактериальной терапии.

**Клинический случай.** Пациентка К., 59 лет, прооперирована по поводу рака слепой кишки с прорастанием в двенадцатиперстную кишку, 16.07. 2020 г. выполнена

правосторонняя гемиколэктомия и гастропанкреатодуоденальная резекция. Послеоперационный период осложнился жировым панкреонекрозом, разлитым перитонитом, сепсисом, в связи с чем 17.07.2020 г. была выполнена санационная релапаротомия. В послеоперационном периоде проводилось лечение в условиях ОРИТ: ВВЛ, инфузионно-трансфузионная и антисекреторная терапия, парентеральное питание, антибактериальная терапия (меропенем в дозе 3 г/сут.). На фоне проводимого лечения отмечалась положительная динамика: на третьи сутки завершено проведение ВВЛ, отмечалось снижение температуры до субфебрильных цифр, уменьшение показателя лейкоцитоза (с  $22 \cdot 10^9/\text{л}$  до  $14 \cdot 10^9/\text{л}$ ). По данным микробиологического исследования экссудата брюшной полости выделена *Klebsiella pneumoniae*, чувствительная к меропенему. На восьмые сутки послеоперационного периода у пациентки отмечалось ухудшение состояния в виде подъема температуры до  $38,7^\circ\text{C}$ , рост лейкоцитоза до  $20 \cdot 10^9/\text{л}$ . Диагностировано нагноение послеоперационной раны, потребовавшее хирургической санации. По данным микробиологического исследования раневого отделяемого определен штамм *Klebsiella pneumoniae*, являющийся продуцентом карбапенемаз, что повлекло за собой смену антибактериальной терапии: был назначен цефтазидим/авибактам («Завицефта») в дозе 2,5 грамма каждые 8 часов в виде двухчасовых инфузий. Курс терапии составил 7 дней. В результате проводимого лечения достигнута положительная динамика, сопровождающаяся нормализацией температуры, снижением показателя лейкоцитоза до  $12,5\text{--}13 \cdot 10^9/\text{л}$ . Результаты повторного посева раневого отделяемого свидетельствовали о санации раны от карбапенемаз-продуцирующих штаммов *Klebsiella pneumoniae*.

**Выводы.** Всю большую актуальность приобретает проблема распространения штаммов грамотрицательных бактерий, являющихся продуцентами карбапенемаз. Несмотря на множественную резистентность, в условиях корректной микробиологической диагностики в настоящее время сохраняются определенные возможности для проведения эффективной антибактериальной терапии септических осложнений, вызванных этими патогенами.

Толстых Ю.Е., Белохвостикова В.Н., Аблекова О.Н.

## **ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРЕПАРАТА ТАМОКСИФЕН В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Рак молочной железы в структуре онкологической заболеваемости среди женщин в России занимает лидирующие позиции. Одной из причин развития опухоли данной локализации является нарушенный метаболизм эстрогенов, гиперэстрогения абсолютная и относительная. Тамоксифен - препарат, который наиболее часто назначается при эстрогензависимых опухолях молочной железы, представляет собой нестероидный антиэстрогенный препарат, обладающий слабой эстрогенной активностью. Механизм его действия обусловлен способностью блокировать рецепторы эстрогенов. Метаболиты препарата и собственно тамоксифен выступают конкурентами для эстрадиола, связываясь с цитоплазматическими рецепторами эстрогена, расположенными в тканях передней доли гипофиза, матки, влагалища, молочной железы, а также в тканях опухолей. Рецепторный комплекс тамоксифена, в отличие от рецепторного комплекса эстрогена, не стимулирует образование ДНК в ядре, он подавляет клеточное деление, в результате чего опухолевые клетки гибнут. Однако, у пациенток длительно принимавших антиэстрогенные препараты, возрастает риск развития полипов цервикального канала и эндометрия, гиперплазии и рака эндометрия.

**Цель исследования.** Проанализировать частоту развития побочных эффектов при длительном приеме препарата Тамоксифен у пациенток в постменопаузе, наблюдающихся в Самарском онкологическом диспансере с января 2018 по декабрь 2019 года, оценить патологические изменения в эндометрии при ультразвуковом исследовании и сопоставить с данными гистологического исследования. Определить диагностическую значимость ультразвукового метода исследования в выявлении изменений эндометрия и изучить структурные изменения эндометрия у женщин с раком молочной железы, принимавших тамоксифен в постменопаузе; сопоставить с морфологическими данными.

**Материалы и методы.** В соответствии с поставленными целью и задачами был проведен клинко- статистический анализ 40 электронных историй болезни пациенток ГБУЗ СОКОД. Критерии включения в анализ: период с января 2018 по декабрь 2019 года, верифицированный рак молочной железы в анамнезе, возраст от 50 лет и старше; длительность постменопаузы более 1 года; прием «Тамоксифена» больше 1 года 20 мг в

сутки. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате Philips IU 22, 2008 г.в., оснащенного конвексным, линейным, микроконвексным трансвагинальным датчиками.

**Результаты исследования.** При ультразвуковом исследовании были получены следующие данные: нормальная толщина эндометрия (не более 9 мм) - у 27 пациенток (67,5%), толщина эндометрия больше 9 мм – у 13 человек (32,5 %), им всем было выполнено раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки.

Данные гистологического исследования после раздельного диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки следующие: гиперплазия эндометрия выявлена у 5 пациенток (12,5% из общего числа), кистозная атрофия выявлена у 8 пациенток (20% из общего числа), рак эндометрия не выявлен.

**Выводы.** Клинически значимый побочный эффект препарата Тамоксифен, при изменениях эндометрия, возникших на фоне приема препарата более 1 года, был небольшим и составил 12,5%.

Трубин А.Ю., Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Боряев А.Н.,  
Хахимов В.Г., Борзенкова Е.В.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НЕФРЭКТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ В ГБУЗ СОКОД**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** В структуре онкологической заболеваемости рак почки занимает 10-е место среди всех злокачественных новообразований. Большое значение при выборе метода лечения данного заболевания имеет качество жизни, что обуславливает целесообразность малоинвазивных технологий, в том числе лапароскопической нефрэктомии (ЛНЭ).

**Цель исследования.** Оценить клиническую и онкологическую эффективность лапароскопической нефрэктомии при раке почки.

**Материалы и метод.** В исследовании использованы клинические данные больных раком почки стадии pT1-3N0M0G1-3, получавших хирургическое лечение в ГБУЗ СОКОД за период с 2014г. по 2018гг. (n=820). Все пациенты были разделены на две группы: группа 1 – лапароскопическая нефрэктомия (ЛНЭ) (n=463; 56,5%), группа 2 – открытая нефрэктомия (ОНЭ) (n=357; 43,5%). При сравнительном анализе учитывались такие показатели, как возраст и пол пациента, средний размер опухоли, стадия TNM, гистологический подтип ПКР. Интра- и послеоперационные результаты оценивали по показателям средней длительности вмешательства, среднего объема кровопотери, послеоперационного койко-дня и количества осложнений. Анализ отдаленных онкологических результатов проводился путем сравнения показателей 5-летней безрецидивной, общей и рак-специфической выживаемости в исследуемых группах (метод Каплана-Мейера).

**Результаты исследования.** Группа 1 и группа 2 не имели значимых различий по таким показателям как средний возраст ( $57,1 \pm 9,1$  и  $56,3 \pm 9,2$ , соответственно;  $p=0,145$ ), пол (соотношение мужчин и женщин 58/42 и 64/36, в группах 1 и 2, соответственно;  $p=0,376/0,231$ ), средний размер опухоли ( $6,8 \pm 1,2$  при ЛНЭ и  $1,5 \pm 2,0$ , при ОНЭ;  $p=0,354$ ), а также удельному весу того или иного подтипа почечно-клеточного рака и стороне поражения. Средняя длительность открытой операции оказалась больше по сравнению с лапароскопической ( $85 \pm 6,1$  мин. и  $103 \pm 4,6$  мин., в группах ЛНЭ и ОНЭ, соответственно), со статистически значимой разницей ( $p=0,001$ ). Средний объем кровопотери так же был меньше в группе ЛНЭ ( $50 \pm 5,6$  и  $340 \pm 9,1$ , в группах 1 и 2, соответственно), причем

различия имели высокую степень достоверной вероятности ( $p=0,001$ ). Послеоперационный койко-день был  $13,5 \pm 1,6$  сут. и  $8,7 \pm 1,0$  сут., соответственно ( $p=0,001$ ). Средний период наблюдения в группе открытых операций составил 46,2 месяца, для лапароскопических вмешательств - 48,3 месяца. В результате дальнейшего анализа было выявлено, что показатели 5-летней общей (88,1% и 84,8%, в группах 1 и 2, соответственно;  $p=0,421$ ), специфической (89,8 % и 87,1%, в группах 1 и 2, соответственно;  $p=0,821$ ) и безрецидивной выживаемости (83,5 % и 84,3%, в группах 1 и 2, соответственно;  $p=0,721$ ) в двух группах значимо не различались и были сопоставимы с таковыми в изученной литературе.

**Выводы.** Лапароскопическая нефрэктомия имела значимо лучшие показатели качества жизни (длительность операции, объем кровопотери, послеоперационный койко-день, осложнения). Применение лапароскопического доступа при выполнении радикальной нефрэктомии больным раком почки не ухудшало отдаленных онкологических результатов.

Трубин А.Ю., Горбачев А.Л., Боряев А.Н., А.В. Фольц,  
Борзенкова Е.В., Горбачев Н.А.

## **ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ. АНАЛИЗ СОБСТВЕННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Цель исследования.** Анализ результатов лапароскопических операций при раке почки.

**Материалы и методы.** С января 2014г. по декабрь 2019г. в отделении онкоурологии СОКОД выполнено 802 лапароскопических нефрэктомии. Показаниями к операции служили злокачественные опухоли паренхимы почки, опухоли почечной лоханки и мочеточника, доброкачественные новообразования. Средний возраст пациентов составил 60 лет (21-84 лет). Средний период наблюдения составил 36 месяцев. Среди пациентов больных раком почки, 78,1% имели стадию заболевания pT1N0M0, по 10,8% pT2N0M0 и pT3N0M0. В 86% случаев был верифицирован светлоклеточный вариант почечноклеточного рака, в 10% папиллярный рак, в 4% - хромофобный рак. Для оценки онкологических результатов оценивались показатели общей и безрецидивной выживаемости больных методом Каплана-Мейера.

**Результаты исследования.** Показатель общей выживаемости при стадии pT1N0M0 90%, pT2N0M0 – 71%, при pT3N0M0 – 65%. Были выявлены различия в показателях выживаемости при различных гистологических типах почечноклеточного рака. Так, при светлоклеточном варианте данный показатель составил 69%, при папиллярных опухолях 88%, а при хромофобном раке 85%.

**Выводы.** Лапароскопическая нефрэктомия целесообразна при раке почки в стадии pT1-3N0M0, а онкологические результаты сопоставимы с аналогичными данными других авторов.

Трубин А.Ю., Козлов С.В., Хакимов В.Г., Борзенкова Е.В., Горбачев Н.А.,  
Боряев А.Н. Морятов А.А.

## **РИСК РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (НМИРМП) характеризуется склонностью к рецидивированию. Трансуретральная резекция мочевого пузыря (ТУР) в сочетании с иммунотерапией БЦЖ снижают частоту рецидивирования и прогрессии неинвазивного РМП. Схемы введения вакцины БЦЖ являются частым предметом дискуссии в онкоурологии (Sanchez Vazquez A et al., 2018).

**Цель исследования.** Анализ эффективности схемы введения вакцины БЦЖ у больным НМИРМП.

**Материалы и метод.** В исследовании использованы клинические данные больных НМИРМП, получавших лечение в ГБУЗ СОКОД с 2013 по 2018гг. (n=343). После первичной ТУР, все пациенты были разделены на две группы: группа 1 – больные, которым после ТУР выполнялась иммунотерапия БЦЖ (n=169); группа 2 – контроль – иммунотерапия БЦЖ не проводилась (динамическое наблюдение (ДН)). Схема иммунотерапии БЦЖ: первый индукционный курс через 4-6 недель после первичной ТУР (препарат «Имулон», 50мг), однократно в 2-е суток, 6 раз. Второй индукционный курс, через 4 недели после первого, по аналогичной схеме. Профилактические (поддерживающие) однократные введения осуществлялись 1 раз в 3 месяца в течение 2 лет. Анализ данных проводили путем построения множественной регрессии Кокса и оценки показателей 5-летней безрецидивной и общей выживаемости (метод Каплана-Мейера).

**Результаты исследования.** При построении многомерной модели Кокса, БЦЖ-терапия уменьшала риск рецидива заболевания в 2,8 раза (ОР - 0,36 (0,19-0,68)) по сравнению с контрольной группой ( $p = 0,002$ ). Наиболее высокие значения 5-летней безрецидивной выживаемости отмечались у больных НМИРМП, получавших после ТУР адьювантную иммунотерапию БЦЖ. Изучаемый коэффициент при этом составил  $85,6 \pm 4,9\%$ , в то время как в контрольной группе он составил 64,3%. При сравнении приведенного показателя выживаемости в группах 1 и 2 были выявлены различия с высокой степенью достоверной вероятности ( $p_{\text{БЦЖ-ДН}} = 0,002$ ). Можно отметить, что длительность жизни без

рецидива была наибольшей в группе 1 (адъювантная БЦЖ терапия) ( $69,8 \pm 1,5$  месяца) и статистически значимо отличалась от таковой в группе 2 (контроль - динамическое наблюдение после ТУР) ( $59,3 \pm 2,6$  месяца;  $p_{1-2} < 0,05$ ). Далее, анализ показателей 5-летней общей выживаемости больных МНИРМП в изучаемых группах (группа 1 -  $92,4 \pm 2,6\%$ ; группа 2 -  $69,9 \pm 4,5\%$ ) также выявил статистически значимые различия ( $p_{\text{БЦЖ-ДН}} = 0,001$ ).

**Выводы.** Таким образом, используемая схема адъювантного лечения значимо снижала относительный риск рецидивирования МНИРМП. Применение иммунотерапии БЦЖ коррелировало с лучшими показателями 5-летней безрецидивной и общей выживаемости, а также длительностью безрецидивного периода. Однако, необходимы дальнейшие исследования по сравнению различных схем иммунотерапии БЦЖ.

Фесенко Д.В., Соловов В.А., Ганьжов В.О.

## **ИММУНОТЕРАПИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Рак мочевого пузыря (РМП) составляет по данным ВОЗ около 4% от всех злокачественных новообразований или 70% всех опухолей мочевого тракта. На долю поверхностных (мышечно-неинвазивных) опухолей приходится 70-80% всех случаев рака мочевого пузыря: опухоль локализуется в пределах слизисто-подслизистого слоя (Ta,T1,Tis), отсутствует поражение регионарных лимфатических узлов. Основным методом лечения мышечно-неинвазивного РМП является оперативный – трансуретральная резекция мочевого пузыря (ТУР). В настоящее время «золотым стандартом» лечения поверхностного рака мочевого пузыря является ТУР мочевого пузыря в сочетании с адъювантной внутрипузырной иммунотерапией.

**Цель исследования.** Оценить клиническую эффективность лечения мышечно-неинвазивного РМП внутрипузырной иммунотерапии вакциной БЦЖ.

**Материалы и метод.** За 2011-2019 годы в СОКОД иммунотерапия была проведена 1258 пациентам с мышечно-неинвазивного РМП.

**Результаты исследования.** Медиана времени наблюдения после иммунотерапии составила 79 (6-120) месяцев. После иммунотерапии каждые три месяца выполняли цистоскопию, при высоком риске рецидива под флуоресцентным контролем. Рецидив был выявлен у 65 (5,1%) пациента. Осложнения: у 7,6% пациентов отмечалась гипертермия, у 0,9% дизурия, и у 0,9% пациентов гематурия. В целом после 3-летнего наблюдения 94,9 % пациентов не имели данных за прогрессию и рецидив.

**Выводы.** Таким образом, наши исследования показали, что внутрипузырная иммунотерапия вакциной БЦЖ является высокоэффективной для профилактики развития рецидивов мышечно-неинвазивного РПЖ.

Хобта Р.В., Меркулов В.Н., Сапожников В.А.

## **ОТСРОЧЕННАЯ ХИРУРГИЯ ГЛИОМ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Доброкачественные глиомы (ДГ) объединяют относительно медленно растущие первичные опухоли мозга 1-2 степени злокачественности с длительным естественным выживанием, но с риском трансформации в анапластические астроцитомы и глиобластомы. Варианты лечения больных с ДГ до настоящего времени обсуждаются, начиная с вопроса лечить или не лечить доброкачественную глиому и до рекомендаций раннего и широкого удаления опухолей

**Цель исследования.** Анализ клинических наблюдений больных с ДГ, оперированных в сроки от первичного обращения с момента выявления. Оценивалась эволюция опухолей и особенности техники их удаления.

**Материал и метод.** 25 пациентов с глиомами 1-2 степени злокачественности, 4 - с олигодендроглиомами, 3 - с олигоастроцитомами, 18- с астроцитомами

**Результаты исследования.** Наибольший срок выживания без операции при олигодендрогломах и сохранении полной работоспособности практически на всём протяжении заболевания составил около 7 лет. Эволюция опухоли в этих наблюдениях характеризовалась её выходом за пределы одной доли с вращением или в соседние доли или в контрлатеральное полушарие через мозолистое тело. При астроцитомах одно из наблюдений из ряда казуистических продемонстрировало выживаемость в течении 10 лет. Но большая часть наблюдений демонстрировала более раннюю малигнизацию и ускорение роста астроцитом. Минимальные сроки в этих случаях были 5 месяцев, максимальные 3,5 года. Особенности техники удаления запущенных опухолей были связаны с их обрастанием магистральных сосудов и или вращением в желудочковую систему. Длительные сроки выживаемости при ДГ позволяют иногда прибегать к выжидательной тактики но необходимы тесты для выявления потенциала быстрого перерождения опухолей.

**Выводы.** Персонифицированный подход является наиболее оптимальным в лечении глиом с доброкачественным течением.

Хобта Р.В., Меркулов В.Н., Сапожников В.А.

## **ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АСТРОЦИТОМ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ БОЛЬШИХ ПОЛУЧАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Астроцитомы низкой степени злокачественности (АНСЗ) больших полушарий головного мозга относятся к опухолям с относительно доброкачественным течением. В алгоритм лечения в зависимости от ряда факторов включаются хирургический и радиологический этапы. Известно что наибольшая продолжительность жизни имелась у пациентов с резектабельными опухолями, расположенные в физиологически доступных зонах головного мозга. В настоящее время успехи микрохирургической техники, использование оптического увеличения и нейрофизиологического контроля во время хирургического вмешательства позволяют расширить объём удаления АНСЗ. Таким образом максимально возможное удаление глиальной опухоли в физиологически значимых областях головного мозга, без нарастания неврологического дефицита, позволяет надеяться на достижение определённых успехов в лечении АНСЗ. При отсутствии проявлений заболевания при контрольной нейровизуализации и благоприятной ИГХ характеристики опухоли в ряде случаев становится возможным отказаться от проведения лучевой терапии.

**Материалы и метод.** В СОКОД АНСЗ проводятся операции с максимальной степенью резекции, что приводит к значительному увеличению продолжительности жизни и повышению ее качества. При вмешательствах вблизи функциональных значимых зон адекватное планирование операции позволяет добиться минимизации неврологического дефицита в послеоперационном периоде.

Хобта Р.В., Дороганов С.О., Иванов В.В., Николаенко А.Н.,  
Сапожников В.А., Меркулов В.Н.

## **РЕКОНСТРУКТИВНЫЙ ЭТАП В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ КОЖИ, МЯГКИХ ТКАНЕЙ И КОСТЕЙ**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Введение.** По современным данным, злокачественные опухоли мягких тканей и костей составляют до 3% от всей онкологической статистики и в 60% поражают конечности. Лечение пациентов с опухолями больших размеров подразумевает удаление патологической новообразованной ткани единым блоком с покрывающим участком кожи и окружающих мягких тканей, отступя от опухоли необходимое расстояние, что приводит к массивному пострезекционному дефекту и необходимости применения реконструктивного этапа. Актуальные медицинские знания и использование современных технологий позволяют сохранить как саму поражённую конечность, так и её высокую функциональность при одновременном соблюдении принципов онкологической радикальности. Так, в арсенале врачей, занимающихся лечением крупных опухолей кожи, мягких тканей и костей, на сегодняшний день существует множество различных способов пластики пострезекционных дефектов. В зависимости от локализации патологического очага, нозологической принадлежности, объёма опухолевого процесса, наличия сопутствующей патологии у пациента, а также практических навыков и необходимого специального оборудования возможно планирование и применение необходимых методов реконструкции.

**Материалы и метод.** Широко применяемые для закрытия дефектов мягких тканей на конечностях свободные кожные трансплантаты, как полнослойные, так и расщеплённые дерматомные, имеют ряд серьёзных недостатков, таких как высокий риск отторжения ткани, некроз с последующим заживлением вторичным натяжением, неврологический дефицит, эстетический дефект. К тому же свободная кожная пластика неприменима для параартикулярных зон из-за риска развития рубцовых контрактур. Зачастую это приводит к неудовлетворительным функциональным результатам и даже к повторным оперативным вмешательствам. Неудовлетворительные результаты пластики свободными кожными трансплантатами достигают 20% случаев, что говорит в пользу поисков оптимальных хирургических решений.

Неоспоримым преимуществом в лечении пострезекционных дефектов кожи, мягких тканей и костей обладает использование кровоснабжаемых лоскутов различного состава.

Несмотря на сложность выполнения, данный способ пластики даёт отличные функциональные результаты. Использование перемещённых лоскутов на питающей ножке позволяет закрыть пострезекционный дефект тканями, схожими по составу в данной анатомической области, а прямое кровоснабжение трансплантата снижает риск его отторжения и создаёт благоприятные условия заживления. Возможности применения такого вида пластики ограничены длиной питающей ножки и дугой ротации лоскута. На сегодняшний день реконструкция с помощью перемещённых лоскутов на питающей ножке выполнена у 140 больных с удовлетворительными функциональными результатами в раннем и позднем послеоперационном периодах и продолжает использоваться в расширяющемся спектре клинических ситуаций.

Большие возможности и перспективы для онкоортопедии открывает микрохирургия. С помощью оптического увеличения микроскопа и бинокулярной оптики производится забор свободных лоскутов различной степени сложности с последующей их реваскуляризацией их в донорской зоне. Применительно к онкоортопедической хирургии это позволяет достичь лучших функциональных результатов лечения опухолей конечностей одномоментным вмешательством. Однако это требует, помимо необходимого специального оборудования и инструментария, должной подготовки хирурга в специальных тренировочных лабораториях. На базе Самарского областного клинического онкологического диспансера с 2020 года активно внедрена и используется пластика пострезекционных дефектов конечностей кровоснабжаемыми лоскутами с наложением микрососудистых анастомозов. Прооперировано 5 пациентов, которым после основного этапа удаления опухоли одномоментно выполнена пластика образовавшегося дефекта лоскутом с использованием микрохирургической техники. Все пациенты активно наблюдались на сроках 1 и 3 месяца после вмешательства с удовлетворительными функциональными результатами.

**Выводы.** Таким образом, на сегодняшний день в руках онкоортопеда есть множество различных методов пластики пострезекционных дефектов, а применение микрохирургии расширяет возможности реконструкции после удаления опухолей конечностей и позволяет достичь высоких функциональных результатов лечения больных.

Хобта Р.В., Иванов В.В., Николаенко А.Н., Дороганов С.О.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАНДАРТНЫХ ДОНОРСКИХ ЗОН ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Минздрава России»  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Введение.** Хирургическое лечение доброкачественных опухолей костей скелета подразумевает радикальное удаление патологического очага в пределах здоровых тканей наряду с сохранением большого костного массива.

При невозможности сохранения основной костной массы требуется обязательное замещение пострезекционного дефекта с целью воссоздания костной целостности. Возможно выполнение различных по объёму резекций: краевая резекция, экскохлеация опухоли, внутрикостная или кортикальная резекция с удалением патологического очага в пределах здоровых тканей. Восстановление целостности кости и устойчивости к деформации после хирургического лечения достигается в результате полного замещения костного дефекта. При необходимости оперативное вмешательство дополняется этапом остеосинтеза.

Несмотря на широкое разнообразие различных искусственных пластических материалов, в том числе аддитивных, применение аутологических тканевых комплексов наиболее обосновано и оправдано. Это связано в первую очередь с иммунологическим родством собственных тканей, доступностью аутоматериала, возможностью использования васкуляризированных лоскутов, а также с технической трудоёмкостью и дороговизной альтернативных аллопластических материалов и методик. Однако, возможности применения аутотрансплантатов ограничены. Основная причина: агрессивность воздействия, связанная с дополнительной операционной раной при заборе аутотрансплантата, опасность патологического перелома, неадекватность замещения объёма потери костной ткани при восполнении обширных костных дефектов и, следовательно, необходимость длительной дополнительной иммобилизации конечности.

**Цель исследования.** Проанализировать опыт использования различных донорских зон при хирургическом лечении опухолей костей.

**Материалы и методы.** В наше наблюдение вошли 500 пациентов с опухолями костей различной локализации, которым в период с 2017 по 2020гг. в условиях СОКОД было проведено оперативное лечение по удалению опухоли и выполнению реконструктивно-пластического этапа. Возраст пациентов от 20 до 70 лет, из них 140 мужчин и 360 женщин. Каждому пациенту при хирургическом лечении был проведён

реконструктивно-пластический этап костной аутопластики. Для забора трансплантатов использовались 5 основных донорских зон: метаэпифизарная зона дистального отдела лучевой кости; гребень крыла подвздошной кости, ребро, малоберцовая кость, гребень большеберцовой кости).

Для оценки болевого синдрома использовали визуальную аналоговую шкалу (VAS – Visual Analogue Scale). Интерпретацию результатов проводили следующим образом: 0 баллов расценивали как отсутствие боли, 1-3 балла – легкая боль, 4-6 баллов – боль умеренной интенсивности, 7-10 баллов – сильная боль. Оценку болевого синдрома проводили дважды: на третьи сутки после операции и при выписке исходя из средних ориентировочных сроков выписки из стационара (на 10-14 день).

В нашей работе встречалось нарушение только поверхностной чувствительности, которое также относили к осложнениям. Оценку данного осложнения осуществляли физикальным методом с помощью неврологических иглы и кисточки, опираясь на субъективные ощущения пациента, сравниваемые с контралатеральной стороной.

Наличие послеоперационных гематом и сером определяли на третьи сутки после оперативного вмешательства при плановых перевязках.

Рентгенография реципиентной зоны выполнялась всем пациентам трижды: на третьи сутки после оперативного вмешательства для оценки объема выполненной костной резекции и состояния аутотрансплантата, на первом амбулаторном визите через 2-3 месяца после операции для определения признаков формирования костной мозоли и на втором визите после проведенного курса реабилитационного лечения через 3-5 месяцев после операции для выявления ремоделирования костной архитектуры.

Все обследованные 500 пациентов находились под постоянным диспансерным наблюдением, поэтому мы можем достоверно и объективно судить о состоянии, как донорской зоны, так и зоны основного вмешательства.

**Результаты и обсуждения.** При оценке полученных результатов пролеченных пациентов нами использована собственная разработанная система оценки, в которой мы учитывали все осложнения, связанные с забором трансплантата из конкретной донорской зоны, имевшие место в нашей работе (ранние - нарушение чувствительности, болевой синдром, послеоперационные гематомы и серомы; поздние - замедленная регенерация в реципиентной зоне, патологические переломы в донорской зоне, контрактуры в донорской зоне, гипертрофические рубцы в донорской зоне).

Наиболее значимое последствие мы имели при заборе трансплантата из гребня большеберцовой кости, что проявлялось в выраженном болевом синдроме, наряду с этим

часто встречались случаи нарушения поверхностной чувствительности при работе с этой зоной. Наименьший болевой синдром наблюдался при заборе аутокани из малоберцовой кости. Отмечено, что замедленная регенерация в реципиентной зоне наиболее выражена в случаях забора аутоотрансплантата из голени (большеберцовой и малоберцовой костей).

Из полученных результатов следует, что наиболее оптимальной с точки зрения появления осложнений донорской зоной является гребень крыла подвздошной кости. Несмотря на выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде, большое количество работ, посвящённых направлению нарушения чувствительности в зоне забора гребня подвздошной кости проблемы с нарушением чувствительности и замедленной регенерацией встречались достаточно редко. Это связано с малоинвазивным забором аутоотрансплантата с использованием оригинальных устройств.

**Выводы.** При заборе костных аутоотрансплантатов первостепенное внимание следует уделить реципиентной зоне; исходя из локализации и размеров патологического очага, а также нозологической разновидности опухоли для радикального удаления больших по объёму новообразований необходимо выполнять широкие резекции, вплоть до сегментарных, что, несомненно, отражается на объёме вмешательства в донорской зоне и, как следствие, частоте встречаемости и степени выраженности осложнений, а также состоянию донорской зоны как на этапе забора трансплантата, так и в послеоперационном периоде.

Чекулаев Р.А., Ищеряков С.Н., Корсаков Ю.В.

## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ УХОД ЗА ИНКУРАБЕЛЬНЫМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность.** Онкологическое заболевание является психотравмирующим фактором не только для пациента, но и для его ближайшего окружения. По мере прогрессирования заболевания у онкологического больного снижается работоспособность и способность к самообслуживанию, что обуславливает необходимость в посторонней помощи и уходе. Это ставит перед семьей значительные требования, в соответствии с чем уровень стресса и дистресса у членов семьи высок. По данным отечественных исследований 13-22% членов семей, осуществляющих уход за онкологическими больными, имеет нарушения в психической сфере, которые достигают клинически значимого уровня. Преимущественно это депрессивные и тревожные расстройства. В связи с этим основным направлением деятельности должна быть профилактика этих расстройств. Для этого психологическая помощь семье онкологического больного должна включать в себя оценку: психологического статуса семьи, дистресса, потребностей семьи, качества жизни ухаживающих, а так же особенности реагирования родственников тяжелобольных. И с учетом всех особенностей выбирать стратегию поддержки при переживании потери. В некоторых случаях достаточно информирование по вопросам медицинского и психосоциального характера. Но при выраженных нарушениях может быть использована семейная психотерапия, групповая психотерапия, кататимно-имагинативная психотерапия, краткосрочная психотерапия, психотерапия «горя и потери». Эмоционально травмируются не только пациент и его семья, но и медицинский персонал, осуществляющий уход за инкурабельными онкологическими больными, что отмечается как зарубежными, так и отечественными авторами. Поэтому с целью профилактики эмоционального выгорания и повышения качества оказания медицинской помощи онкобольным и их семье, разрабатываются психопрофилактические программы. Несмотря на актуальность данной темы, в научной литературе и в реальной клинической практике отсутствуют целенаправленные системные исследования причин психической (семья пациента) и профессиональной (медицинский персонал) дезадаптации лиц, осуществляющих уход за

инкурабельным онкологическими больными. Что делает актуальным систематизацию и изучение данного направления психологической помощи.

**Цель исследования:** Изучение психоэмоциональных состояний (тревожности, депрессии) онкологических больных в терминальной стадии заболевания и их зависимости от семейных взаимоотношений (уровня сплоченности и адаптации) в период неизлечимой болезни.

**Материалы и метод.** За 1 полугодие 2020 года проведено 192 консультации близким пациента, которые осуществляли уход за ним. Психологической помощью оказывается как на этапе получения паллиативной помощи так и после «потери». Были использованы следующие методы исследования: 1) уровень дистресса 2) опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3).

**Результаты исследования и обсуждение.** В результате проведенного исследования выявлено, что существует тесная связь между психоэмоциональными состояниями инкурабельных пациентов (уровень дистресса) и уровнем сплоченности и адаптации семьи больного в период неизлечимой болезни.

**Выводы.** Оптимизация психологической помощи на этапах паллиативного лечения инкурабельных больных является важным направлением онкологии.

Чернышова О.Ю., Денисова С.В., Щежин А.А., Секотова И.В.

## **БИСФОСФОНАТНЫЙ ОСТЕОНЕКРОЗ ЧЕЛЮСТИ**

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

**Актуальность.** Международным стандартом лечения больных с костными метастазами в настоящее время является использование бисфосфонатов, преимущественно в виде внутривенных ежемесячных инъекций. Но длительное использование бисфосфонатов в реальной клинической практике позволило выявить новые редкие нежелательные явления, возможно связанные с их применением, такие как бисфосфонатный остеонекроз челюстей (БОНЧ), рост которого отмечается с 2003 г. чаще у онкологических больных (94%). Ранняя диагностика БОНЧ имеет решающее значение для предотвращения чрезмерной потери костной массы. Бисфосфонатным некрозом челюсти называют осложнение антирезорбтивной терапии, характеризующиеся некрозом и оголением кости, которое длится более восьми недель, с последующим прогрессированием процесса. Чаще процесс развития остеонекроза возникает на нижней челюсти, чем на верхней. Сочетанное повреждение челюстей встречается крайне редко. Провоцирующими факторами развития БОНЧ могут быть: удаление зубов, заболевания периодонта, мандибулярные экзостозы, дентальная имплантация. Другие причины, способствующие развитию осложнения: местное инфицирование, лечение кортикостероидами и химиотерапия. Негативно влияет также плохой стоматологический статус, употребление алкоголя и табака, преклонный возраст, диабет, иммуносупрессия.

Типичным началом является незаживающая лунка, дефект слизистой оболочки, после удаления зуба увеличивается в размерах с обнажением кости и образованием секвестров.

Данной категории пациентов должны быть проведены неотложные диагностические (компьютерная томография и сцинтиграфия) и лечебные мероприятия по дренированию гнойного очага и назначение антибактериальной, противовоспалительной терапии, а также сосудистых препаратов.

Тип лечения зависит от стадии, на которой был диагностирован БОНЧ и объема пораженной челюстной кости. Выделяют два метода лечения БОНЧ – консервативный и хирургический. Консервативная терапия предполагает назначение курса антибиотикотерапии, симптоматическую терапию, ежедневную тщательную обработку очагов поражения растворами антисептиков. При выборе хирургического метода,

производят, максимально атравматично, кюретаж лунок удаленных зубов, резекцию челюсти, секвестрэктомию. При сформированных секвестрах показана некросеквестрэктомию, при их отсутствии консервативная терапия, так как при отсутствии секвестров активные операционные действия потенцируют развитие разлитого течения некроза челюстных костей. Дополнительно с основными методами лечения, используется озонотерапия, эрбиевый лазер и крайне высокочастотная терапия.

**Цель исследования.** Изучить по литературным данным особенности клинического течения бисфосфонатного остеонекроза челюстей, скорректировать лечение бисфосфонатного остеонекроза, разработать меры профилактики развития остеонекроза челюстей.

**Клинический случай:** пациентка М. 1953 г.р. обратился 6.04.2020 в стоматологию СОКОД с жалобой на незаживающую после удаления импланата лунку, отделяемое из нее. При осмотре: на альвеолярном отростке нижней челюсти справа слизистая оболочка гиперемирована, отечна, определяется свищевой ход с выбухающими грануляциями и сукровичным отделяемым. По данным рентгенографии: костных секвестров не обнаружено. Рекомендованы антисептические полоскания, антибиотикотерапия, наблюдение.

**Выводы.** При лечении пациентов, принимающих бисфосфонаты, врачи должны руководствоваться индивидуальным подходом, так как вероятность возникновения БОНЧ зависит от класса бисфосфонатов, длительности приема, особенностей пациента и стоматологического лечения. Всем пациентам, которым назначен прием бисфосфонатов, рекомендуется определить наличие факторов риска БОНЧ (травмы челюсти, активная зубная инфекция, удаление зубов), регулярно проходить обследование у стоматолога, поддерживать хорошую гигиену полости рта и обязательно сообщать о любых беспокоящих симптомах, с локализацией в полости рта. Следует избегать хирургических вмешательств.

Щёголева М.Г., Лаштаева М.А., Ляс Н.В., Исакова Г.Н., Амосов Н.А.,  
Тюлюсов А.М., Юрченко Р.А., Ткачев А.А., Машукаева А.С., Иванов В.В.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДАБИГАТРАНА ЭТЕКСИЛАТ (ПРАДАКСА) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА) У ОНКТОРАКАЛЬНЫХ И У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность:** фибрилляция предсердий(ФП) является самым распространенным нарушением ритма сердца, с которым сталкивается один из четырех взрослых людей в возрасте старше 40 лет. Пациенты с ФП более склонны к образованию тромбов, что в 5 раз увеличивает риск возникновения тромбоэмболий. Профилактика системных тромбоэмболий и снижение сердечно-сосудистой смертности у пациентов с ФП, перенесших торакальные и большие ортопедические вмешательства является актуальной проблемой. История клинических исследований препарата Прадакса насчитывает 2,4 млн пациенто- лет в глобальном масштабе.

**Цель исследования:** выработка тактики ведения больных, получающих ПОАК для профилактики тромбоэмболических осложнений. Конечной точкой исследования было определение эффективности и безопасности дабигатрана этексилата и профилактики венозной тромбоэмболий у онкоторакальных пациентов и пациентов с ФП, перенесших ортопедические операции .

**Материалы и метод.** В данное исследование включено 34 пациента с опухолями следующих локализаций: 27 пациента с периферическим раком легких в возрасте 54-75 лет, которым выполнялись открытые оперативные вмешательства на легких в объеме лобэктомии (ЛЭ) и атипичной резекции легких , а также 5 пациентов с ортопедическими вмешательствами.

Пациенты с сопутствующими заболеваниями ( фибрилляция предсердий -29, ТЭЛА , промежуточный риск -1, ПТФБ-4) Предоперационный алгоритм оценки сердечно-сосудистой системы включал: стандартную ЭКГ.

Пациенты 1 группы ( 14) получали Дабигатран этексилат –прямой оральный антикоагулянт нового поколения (ПОАК) 110-150 мг 1таб 2 раза в день. Снижение суточной дозы до 110 мг 2 раза в день при наличии фактора риска: возраст 75 лет (1).У пациентов с наличием ХБП(6) , дабигатран отменяют за 2 дня , 4 дня при клиренсе креатинина более 50 мл/мин, 30- 50 мл/мин соответственно.

Первая доза препарата Дабигатран этексилат после операции назначается вместо отменяемого антикоагулянта в интервале 0-2 ч перед очередной инъекцией альтернативной терапии после достижения адекватного послеоперационного гемостаза. После операций с высоким риском кровотечения дабигатран возобновляют через 47-72 часа после операции. Оценка риска кровотечения производится по шкале HAS-BLED. Соотношение тромбозных и геморрагических рисков у пациентов определяет конкретное время возобновления антикоагулянтной терапии и решение принимается совместно: оперирующим хирургом, лечащим врачом и терапевтом. Лабораторный мониторинг для ПОАК не требуется, тем не менее для оценки остаточного антикоагулянтного эффекта дабигатрана этексилата лабораторным тестом является определение АЧТВ.

Пациенты 2 группы (20) получали НМГ подкожно в профилактических дозах на весь послеоперационный период. Выполнение скрининговых лабораторных тестов: активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), МНО, протромбинового индекса, фибриногена проводилась всем пациентам. Оценка необходимости проведения терапии гепарином в зависимости от риска инсульта у пациентов с ФП определялась с помощью шкалы CHA2DS2-VASc score.

**Результаты исследования.** Периоперационное ведение пациентов, получающих антикоагулянтную терапию определяется степенью геморрагического риска, ассоциированного с видом оперативного вмешательства. В обеих группах пациентов событий ТЭО не отмечалось.

**Выводы.** Показана эквивалентность применения дабигатрана при применении 220 мг по сравнению с эноксапарином в дозе 40 мг /сут антитромботического эффекта при оценке основной конечной точки, которая включает венозные тромбозы и смертность от любых причин.

Прием антикоагулянтов у пациентов с фибрилляцией предсердий является ключевым элементом в профилактике и предупреждении рецидива венозных тромбозных осложнений у онкоторакальных и у больных, перенесших ортопедические операции.

Щукин В.Ю., Каганов О.И., Федосеева А.И.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК ЯИЧНИКОВ III СТАДИИ**

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России  
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

**Актуальность:** Пограничные опухоли яичников представляют собой самостоятельную группу новообразований с потенциально низким уровнем злокачественности. Рассматривается современная концепция нецелесообразности проведения адъювантной химиотерапии. Ее назначение оправдывается лишь при III- IV стадиях заболевания, в связи с чем существует необходимость обязательного стадирования при раке яичников.

**Цель исследования:** оценить результаты лечения пациенток с диагнозом рак яичников III стадии.

**Материалы и метод.** Исследование основано на ретроспективном анализе результатов лечения 25 больных с III стадией злокачественных опухолей яичников с 2011 по 2019 г.г. Возраст пациенток от 20 до 76 лет.

Всем пациенткам выполнена экстирпация матки с придатками и резекцией большого сальника. У 14 пациенток (56% случаев) на втором этапе проведена адъювантная комбинированная химиотерапия (от 3 до 6 циклов ХТ).

**Результаты исследования.** При анализе диспансерного периода выявлено 8 случаев прогрессии заболевания. 5 (45,4%) случаев прогрессии заболевания у пациентов после хирургического лечения (из них 3 - в первый год наблюдения), и 3 (21,4%) случая после комбинированного лечения  $p < 0,05$ . Два летальных исхода при прогрессии заболевания отмечено в группе пациентов без адъювантной химиотерапии.

**Выводы.** Комбинированное лечение пациенток с диагнозом рак яичников III стадии значительно улучшает отдаленные результаты лечения.

Юданова А.А., Золотарева Т.Г., Орлов А.Е., Козлов С.В., Ромаданова С.В., Белова Т.Г.

## **СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС КАК МЕТОД АНАЛИЗА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

Актуальность темы исследования: Современное российское общество находится в процессе трансформации, развития и формирования новых потребностей. Изменения, происходящие в социуме, сказываются на деятельности всех социальных институтов, и в частности, медицины и поставили перед населением ранее скрытые за всеобщим равенством и количественными показателями функционирования медицинских учреждений вопросы обеспечения ее качества. При этом, в настоящее время все субъекты системы здравоохранения стремятся к постоянному улучшению оказания медицинской помощи. Ключевое значение приобретают социологические исследования удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи и, в первую очередь ее качеством. Проведение анкетирования, опрос мнения респондентов также является одним из наиболее эффективных инструментов современных информационных технологий управления учреждением здравоохранения во внешней среде.

Степень научной разработанности проблемы: Первые отечественные работы, выполненные по социологическим методикам в области анализа качественных показателей медицинского обслуживания, проводились в рамках социальной гигиены и организации здравоохранения. Изучением удовлетворенности пациентов качеством оказания амбулаторно – поликлинической помощи занимались Н.Г. Калоиани, М.Г. Паланчук, А.А. Биркос и др. Позднее социологические опросы населения, реализуемые для определения степени удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием, были признаны одним из средств контроля за качеством медицинской помощи со стороны потребителей (пациентов). Данными вопросами занимались такие ученые как, В.К. Юрьев, В.В. Архипов, Т.А. Сибурина. По мнению ученых, показатель удовлетворенности оказанными медицинскими услугами включает в себя интегральную оценку всех сторон медицинского обслуживания, начиная с эффективности и качества оказываемых услуг, условий получения, в том числе специализированной, медицинской помощи, ее организации, а также аспектами психологического характера при взаимодействии потребителей медицинских услуг (пациентов) с медицинским и немедицинским персоналом.

Важное место в изученных работах занимают исследования о влиянии моделей и деонтологических аспектов взаимоотношений врача и потребителя медицинских услуг (пациента) на качество оказания медицинской помощи. В нашей стране большинство врачей, по – прежнему продолжают оставаться верными патерналистской модели, в то время как потребители услуг (пациенты) стали более активны и требуют полной, правдивой информации, участия в принятии решений в отношении своего здоровья. Эффективность лечения во многом зависит от умения врача устанавливать контакт с потребителем медицинских услуг (пациентом) и способностью выстраивать доверительные отношения. Исследования современных ученых Н.В. Яльцева, А.В. Решетникова, О.П. Щепина и ряда других ученых подтверждают связь между гармоничными отношениями в системе «врач - пациент» и уровнем удовлетворенности от лечения.

В исследованиях Т.А. Солохина, К.П. Тумасян, А.А. Новик, А.Л. Астафьева и др. проводится анализ наличия и выраженности корреляции между удовлетворенностью населения оказанной медицинской помощью, отношением медицинского персонала к потребителям медицинских услуг и другими критериями, характеризующими качество как медицинской помощи, так и жизни пациентов.

Большое количество фундаментальных исследований было посвящено анализу существующей системы оказания медицинской помощи, качество которой является не обособленной проблемой, а является следствием недостаточного финансирования, обеспечения кадровым составом, уровнем подготовки работников, взаимоотношением между медицинским, немедицинским персоналом и потребителями медицинских услуг (пациентами), соблюдения корпоративной культуры в коллективе, стиля управления и т.д. Для улучшения работы специализированного медицинского учреждения, администрации важно выявлять и регулировать критерии, которые негативно сказываются на удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью.

Цель социологического исследования: анализ потребностей пациентов при оказании им диагностических, лечебных услуг, в том числе высокотехнологических, а также паллиативной помощи для улучшения качества медицинской помощи в ГБУЗ СОКОД.

Задачи социологического исследования:

1. Составить типологию основных групп потребителей (пациентов) ГБУЗ СОКОД.
2. Разработать методику социологического исследования качества оказываемой специализированной медицинской помощью по критериям и аспектам удовлетворенности пациентов.
3. Провести сбор и анализ основных критериев, влияющих на удовлетворенность оказанием медицинской помощи в ГБУЗ СОКОД.
4. Выявить критерии, влияющие на неудовлетворенность медицинской помощью среди пациентов в различных подразделениях ГБУЗ СОКОД.

Объект социологического исследования: пациенты консультативных, диагностических и стационарных отделений ГБУЗ СОКОД.

Предмет исследования: удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи в ГБУЗ СОКОД.

Гипотеза исследования: повышение качества оказания медицинской помощи и удовлетворенности потребителей медицинскими услугами (пациентов) в современных условиях информационной доступности, возможности выбора учреждения, оказывающего, в том числе, специализированную медицинскую помощь, зависит от взаимоотношений медицинских работников и прочего персонала с пациентами. С целью выявления влияния данных аспектов необходимо мониторинговое социологическое исследование портрета потребителя услуг, критериев, влияющих на удовлетворенность пациентов для повышения качества услуг в ГБУЗ СОКОД.

Инструментарий исследования:

1. Специально разработанная анкета, имеющая «закрытые» и «открытые» вопросы, специальные фильтры (инструмент включает в себя задачи исследования и разделен на соответствующие блоки).
2. Инструкция по заполнению анкеты.

Определение исследуемой совокупности: исследуемая совокупность носит генеральный характер. В исследование включены отделения учреждения, находящиеся по адресу г. Самара ул. Солнечная, 50. В опросе не принимают участия: отделения, где пребывание пациентов носит краткосрочный характер и респонденты не в состоянии отвечать на вопросы анкеты. Элементами совокупности являются пациенты консультативных, диагностических, стационарных отделений, паллиативного отделения, включая пациентов, получающих высокотехнологичную медицинскую помощь.

Элементами выборки выступают мужчины и женщины в возрасте от 18 лет и старше, разделенные на 6 возрастных групп: 18-25; 26-35; 36-45; 46-55; 56-65; старше 66 лет.

Так как исследуемая совокупность носит генеральный характер, то исследуются все диагностические и стационарные подразделения учреждения 1 раз в квартал. При выявлении низких показателей критериев анкеты, по письменному распоряжению администрации ГБУЗ СОКОД, возможно проведение внепланового анкетирования структурных подразделений с минимальными значениями удовлетворенности оказываемой медицинской помощью.

С учетом количества подразделений ГБУЗ СОКОД и технических возможностей для проведения и обработки полученных результатов, каждое отделение получает по 20 анкет для пациентов ежеквартально. Всего ежеквартально предполагается проводить сбор данных и анализ не менее 540 анкет. Данная методика позволяет более репрезентативно выяснить ключевые аспекты, влияющие на удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи в ГБУЗ СОКОД. В связи с большой выборкой, данное количество анкет в разрезе каждого отделения, позволит проводить мониторинг индикаторов изменения уровня удовлетворенности пациентов ежеквартально.

Методика проведения анкетирования, обработка и анализ результатов: пациенты (респонденты) осуществляют заполнения бланка анкеты на бумажном носителе, отвечая на вопросы в зависимости от своей компетентности, опыта взаимодействия с диагностическими и стационарными отделениями диспансера, а также от места своего пребывания на момент анкетирования согласно блокам анкеты. Анкета состоит из паспортной части и 5 Блоков.

Первая часть вопросов «Паспортная часть» размещена в начале анкеты в связи с тем, что не все пациенты заполняют Блок №4 и Блок №5.

Блок № 1 анкеты заполняют все респонденты. В данном блоке рассматривается взаимоотношение персонала ГБУЗ СОКОД с респондентами и включает вопросы качества и уровня оказания медицинской помощи.

Блок № 2 разработан для респондентов, находящихся в момент анкетирования в консультативном или диагностических отделениях ГБУЗ СОКОД, а также других пациентов (по желанию).

Блок №3 разработан для респондентов, находящихся в стационарных отделениях, а также приемном отделении ГБУЗ СОКОД.

Блок № 4 анкеты относится к пациентам подразделений ГБУЗ СОКОД, получающих высокотехнологичную медицинскую помощь.

Блок №5 разработан для пациентов и их родственников, получающих медицинскую помощь в паллиативном отделении ГБУЗ СОКОД.

Согласно указанным блокам и своей принадлежности, пациенты заполняют варианты ответов, наиболее близко соответствующие их мнению по данному пункту.

Обработку данных проводит сотрудник отдела по связям с общественностью путем ручной обработки данных, подсчитывая сумму баллов по каждому показателю. Процент вычисляется от числа лиц, ответивших на вопросы анкеты. Для оптимизации процесса подсчета данных целесообразна разработка автоматизированной программы с привлечением информационно – вычислительной службы ГБУЗ СОКОД или приобретение специальных компьютерных программ, используемых в социологии. На основании полученной информации формируется ежеквартальный отчет (не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным). При выявлении низких показателей, отделом по связям с общественностью в адрес главного врача направляется служебное письмо. Возможно проведение внепланового анкетирования в конкретном отделении по распоряжению руководителя учреждения. Итоговые показатели формируются в отчете за 4 квартал текущего года. Дополнительно в отчете 4 квартала текущего года, указываются средние значения за год по ключевым показателям.

Таким образом, обновленная форма социологического исследования позволяет более углубленно изучать факторы, влияющие на оценку удовлетворенности оказанием медицинской помощи пациентам ГБУЗ СОКОД. По итогам 4 квартала будет составлен аналитический отчет за год, который позволит наиболее точно выявить все аспекты в оказании специализированной медицинской помощи.

Юданова А.А., Орлов А.Е., Золотарева Т.Г.

## **«ПРЯМЫЕ ЭФИРЫ» В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ КАК ИНСТРУМЕНТ ФОРМИРОВАНИЯ ЛОЯЛЬНОСТИ И СНЯТИЯ СОЦИАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

*ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»*

Механизмы коммуникации в современном обществе стремительно изменяются. Старые инструменты взаимодействия с широкой общественностью и целевой аудиторией медицинской организации мало эффективны и требуют использования иных подходов. Одним из современных способов взаимодействия с общественностью является Интернет, а точнее социальные сети.

В настоящее время практически у каждой организации и персоны присутствует страница в социальных сетях, в том числе ГБУЗ СОКОД. С их помощью идет о формирование общественного мнения, увеличение доли лояльных реальных и потенциальных пациентов, снятие эмоционального напряжения и получение обратной связи. Для бюджетных учреждений здравоохранения такое взаимодействие позволяет снять социальную напряженность, выявить проблемные ситуации и повысить лояльность среди пациентов и их родственников.

Официальные сайты организаций в последние 2-3 года становятся менее популярными по сравнению с динамично развивающимися страницами и представительствами организаций в социальных сетях. ГБУЗ СОКОД представлен в социальных сетях с 2013 года. В настоящий момент страницы диспансера аккаунты созданы на всех ведущих площадках. Общее количество охваченных пользователей ГБУЗ СОКОД в 2019 году составляет 74027 человек. За время развития и адаптации групп были использованы различные инструменты взаимодействия с общественностью (конкурсы, опросы, комментарии, ответы на вопросы и т.д.)

С сентября 2020 года администрацией ГБУЗ СОКОД было принято решение о проведении «прямых эфиров» в социальных сетях. Первый эфир проходил на площадке группы министерства здравоохранения Самарской области «Вконтакте». В процессе «прямого эфира» любой желающий смог задать вопрос об оказании онкологической помощи в Самарской области. По итогам прямого эфира охват пользователей составил 2770 подписчиков в социальной сети «ВКонтакте». Более 65 пользователей смогли получить ответы на свои вопросы. Участие главного врача диспансера дало возможность аудитории услышать важную информацию от первого лица учреждения.

Проведение «прямых эфиров» с участием администрации ГБУЗ СОКОД планируется и на других площадках и группах диспансера в социальных сетях.

## СОДЕРЖАНИЕ

Котельников Г.П., Орлов А.Е., Козлов С.В., Золотарева Т.Г., Юданова А.А. <b>ГБУЗ СОКОД – 80 ЛЕТ: ВЕХИ ИСТОРИИ</b> .....	стр. 5-10
Абашина О. Е., Дупляков Д.В., Орлов А. Е., Абашин Е. Г., Косталанова Ю. В., Ушакова Е. В., Чаулин А.М., Каганов О.И., Горяинова Л. А. <b>РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> .....	стр. 11-12
Агафонкин С.А., Федорова Н.В., Поляков В.А., Герасимов П.Ф. <b>РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ БИОПСИИ СТОРОЖЕВОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА РАДИОИЗОТОПНЫМ МЕТОДОМ В АУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» МИНЗДРАВА ЧУВАШИИ</b> .....	стр. 13-15
Аглетдинов С.З., Пышкина Ю.С. <b>РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА С ПОСЛЕДУЮЩИМ ДООБСЛЕДОВАНИЕМ И ВЫЯВЛЕНИЕМ РАННЕГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> .....	стр. 16-17
Амосов Н.А., Ляс Н.В., Ткачев А.А., Тюлюсов А.М., Юрченко Р.А., Машукаева А.С., Щеголева М.А. <b>СЕГМЕНТЭКТОМИЯ КАК ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ШАРОВИДНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ</b> .....	стр. 18-20
Баканова Ю.Г., Селезнева А.В., Югина О.В., Золотарева Т.Г., Косталанова Ю.В. <b>МЕЛАНОМА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ</b> .....	стр. 21-22
Баканова Ю.Г., Селезнева А.В., Югина О.В., Мережко М.В. <b>КАРЦИНОМА МЕРКЕЛЯ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЛКОКРУГЛОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ</b> .....	стр. 23-24
Баканова Ю.Г., Селезнева А.В. <b>ТРУДНОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЕЙ</b> .....	стр. 25-26
Баканова Ю.Г., Югина О.В., Мережко М.В., Севастьянова Т.А. <b>ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭКСПРЕССИИ БЕЛКА PD-L1 ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИМ МЕТОДОМ В НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКИХ</b> .....	стр. 27-28
Баландина А.В., Пряников А.С., Филимонов Е.Ю., Козлов С.В., Каганов О.И. <b>МЕТОДИКА АНАЛИЗА КТ-ПЕРФУЗИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЛИОБЛАСТОМ</b> .....	стр. 29-30

Березина М.С., Пикалова М.В., Филимонов Е.Ю., Каганов О.И. <b>ПОЗИТРОННАЯ ЭМИССИОННАЯ ТОМОГРАФИЯ – КАК НОВЫЙ МЕТОД ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ОНКОЛОГИИ</b> .....	стр. 32-33
Бикинеева М.М., Мальцева Н.В., Рыбалко И.С., Торопова Н.Е. <b>УРОВЕНЬ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ И ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА</b> .....	стр. 34-36
Блинов Н.В., Каганов О.И., Фролов С.А., Козлов А.М. <b>РОЛЬ МЕХАНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ</b> .....	стр. 37-38
Вишняков В.А., Шатилова С.В., Тимирбулатов Т.Ш. <b>ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕКТИВНОЙ СОРБЦИИ ЭНДОТОКСИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА У БОЛЬНЫХ В ОРИТ</b> .....	стр. 39-40
Воздвиженский М.О., Блинов Н.В., Фролов С.А., Козлов А.М. <b>ВЛИЯНИЕ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК</b> .....	стр. 41-42
Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Трубин А.Ю., Козлов С.В., Золотарева Т.Г., Базыкина В.Е. <b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПОЧКИ</b> .....	стр. 43
Воздвиженский М.О., Исаргапов Р.М., Горбачев А.Л., Фольц А.В., Борзенкова Е.В. <b>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭКСТРАПРОСТАТИЧЕСКОЙ ИНВАЗИИ В КАЧЕСТВЕ ПРЕДИКТОРА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> .....	стр. 44-45
Воздвиженский М.О., Исаргапов Р.М., Горбачев А.Л., Хакимов В.Г., Боряев А.Н. <b>ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> .....	стр. 46-47
Воздвиженский М.О., Щукин В.Ю., Баляева А.Ю. <b>ОЦЕНКА ПЯТИЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ</b> .....	стр. 48-49
Голованова Т.В., Сивохина Т.А., Золотарева Т.Г. <b>РОЛЬ ВРАЧА - ДЕРМАТОЛОГА В РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ</b> .....	стр. 50-51
Горбунов М.В. <b>CANCER IN SITU МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ</b> .....	стр. 52-53

Егорова А.Г., Козлов С.В., Сомов А.Н., Липина Ю.В. <b>ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ АНАЛИЗА ПРИЧИН ЗАПУЩЕННОСТИ И МЕТОДОВ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ В ГБУЗ СОКОД</b> .....	стр. 54-55
Закамова Е.В., Торопова Н.Е., Горина А.О., Ярыгина А.В. <b>ОСОБЕННОСТИ РАЗРАБОТКИ И ВВЕДЕНИЯ СТАНДАРТНЫХ ОПЕРАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ГБУЗ СОКОД</b> .....	стр. 56-58
Зубарева Л.Н., Платонова И.М., Вишняков В.А. <b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ В ОРИТ ГБУЗ СОКОД</b> .....	стр. 59-60
Ищеряков С.Н., Кашкаров И.Л., Корсаков Ю.В., Морятов А.А. <b>АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ ЗА 2019 ГОД В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ</b> .....	стр. 61
Каганов О.И., Блинов Н.В., Фролов С.А., Мешков А.В., Козлов А.М. <b>ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТНЫХ РАН ПОСЛЕ БРЮШНОПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ ЛОКАЛЬНО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ</b> .....	стр. 62-63
Каганов О.И., Козлов С.В., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П., Ламонов М.С., Катюшин А.А., Балык И.В., Коновалова Т.В., Круглова П.Л. <b>МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РАСЧЕТА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> .....	стр. 64-65
Каганов О.И., Козлов С.В., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П., Ламонов М.С., Катюшин А.А., Балык И.В., Коновалова Т.В., Круглова П.Л. <b>ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИЕ ПОДКОЖНОЙ МАСТЭКТОМИИ С БИОПСИЕЙ СИГНАЛЬНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ ПРЕПЕКТОРАЛЬНОЙ УСТАНОВКИ ПОЛИУРЕТАНОВОГО ЭНДОПРОТЕЗА</b> .....	стр. 66
Каганов О.И., Постников М.А., Габриелян А.Г., Махонин А.А. <b>МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА</b> .....	стр. 67-69
Каганов О.И., Щукин В.Ю., Акрамова А.А. <b>ОЦЕНКА БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК ТЕЛА МАТКИ</b> .....	стр. 70
Каганов О.И., Щукин Ю.В., Лукьянова Д.Ю. <b>НЕРВОСБЕРЕГАЮЩИЕ РАСШИРЕННЫЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ</b> .....	стр. 71-72

Каганов О.И., Козлов С.В., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П., Ламонов М.С., Катюшин А.А., Балык И.В., Коновалова Т.В., Круглова П.Л.

**НОВЫЙ СПОСОБ ПЕРВИЧНОЙ ОДНОЭТАПНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ  
У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ  
ЛИПОФИЛИНГА**

.....стр. 73

Керосиров А.П., Орлов А.Е., Каганов О.И., Махонин А.А.,  
Пряников В.А., Пряников К.В.

**МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ  
ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ  
ОПУХОЛЯМИ ПОЛОСТИ РТА**

.....стр. 74

Кожина М.В., Сивохина Т.А., Бурмистрова С.А., Рыбакова Н.Г.

**ЛЕЧЕНИЕ ПОСТЛУЧЕВЫХ ЭРОЗИВНЫХ РЕКТИТОВ СОЧЕТАННЫМ  
ПРИМЕНЕНИЕМ МАГНИТОТЕРАПИИ С ПРЕПАРАТАМИ МАСЛЯНОЙ  
КИСЛОТЫ И ИНУЛИНА**

.....стр. 75-76

Козлов С.В., Щукин В.Ю., Гилевич-Родкина И.В.

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК ШЕЙКИ  
МАТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА**

.....стр. 77-78

Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П.,  
Ламонов М.С., Катюшин А.А., Балык И.В., Коновалова Т.В., Круглова П.Л.

**ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЛИМФЕДЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ  
РМЖ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

.....стр. 79-80

Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В., Борисов А.П.,  
Ламонов М.С., Катюшин А.А., Балык И.В., Коновалова Т.В., Круглова П.Л.

**АНАЛИЗ ПРИЧИН ЗАПУЩЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ РАК  
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

.....стр. 81

Козлов С.В., Морятов А.А., Каганов О.И., Круглова И.И.,  
Морозова М.А., Юданова О.К.

**ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**

.....стр. 82-83

Козлов С.В., Морятов А.А., Каганов О.И., Круглова И.И., Файнштейн В.И.,  
Нагорнов А.Н.

**ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА  
ЛЕГКОГО**

.....стр. 84

Козлов С.В., Морятов А.А., Букарева О.П.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ В  
РСА-АССОЦИИРОВАННОГО И СПОРАДИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2015-2018 ГГ.**

.....стр. 85-86

Козлов С.В., Морятов А.А., Каганов О.И., Орлов А.Е., Копылов А.В., Кассиров Д.А.

**ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА И ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ  
ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ**

.....стр. 87-88

Козлова О.А., Золотарева Т.Г., Козлов С.В., Коневская Т.В., Хмара Э.Ю. <b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г.О.САМАРА ПО МЕРАМ ПРОФИЛАКТИКИ, МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</b> .....	стр. 89-91
Корсаков Ю.В., Ищеряков С.Н., Кашкаров И.Л. <b>ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В УСЛОВИЯХ COVID-19</b> .....	стр. 92-93
Косталанова Ю.В., Каганов О.И., Ганина К.А., Махонин А.А., Габриелян А.Г. <b>КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО И РЕЦИДИВНОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОЛОВЫ И ШЕИ</b> .....	стр. 94-95
Кочетков А.О., Сергейчев В.А., Крюкова Э.Г., Костин Д.С., Зарешин Д.А. <b>ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕЛИРИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ</b> .....	стр. 96-98
Кудинов М.Ю., Нестерова Л.А., Пчелинцева В.А., Яннаева Ю.Г. <b>ДОЗИМЕТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОТЕЗАМИ</b> .....	стр. 99
Кудинова Н.Н., Иванова И.И., Гончаров М.А., Письменная А.Д., Савельева И.Ю. <b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ В – КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ У БОЛЬНОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ</b> .....	стр. 100-101
Лукьянова И.В., Носова Н.В., Костромина Л.И., Парфенова Н.Ю., Куликова С.А. <b>ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ</b> .....	стр. 102-103
Ляс Н.В., Ткачев А.А., Тюлюсов А.М., Краснощекова Е.А., Амосов Н.А., Юрченко Р.А., Машукаева А.С., Щеголева М.А. <b>НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК ЛЕГКОГО</b> .....	стр. 104-107
Ляс Н.В., Шапиро С.А., Тюлюсов А.М., Амосов Н.А., Ткачев А.А., Юрченко Р.А., Машукаева, А.С., Щеголева М.А. <b>РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ РАКА ПИЩЕВОДА</b> .....	стр. 108-109
Макаева А.А., Пикалова М.В. <b>СНИЖЕНИЕ ДОЗ ОБЛУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ</b> .....	стр. 110-112
Макарова И.В., Воронцова О.К., Фролова Е.В., Торопова Н.Е. <b>ЛАБОРАТОРНАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА – ОСНОВА ИНФОРМАЦИОННОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА</b> .....	стр. 113-115

Махонин А.А., Габриелян А.Г., Нестеров А.Н., Осокин О.В., Синотин А.И <b>ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ЭЗОФАГОФАРИНГЕАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ ЛАРИНГЭКТОМИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕКТОРАЛЬНОГО ТРАНСПЛАНТАТА</b> .....	стр. 116-117
Мельников В.А., Козлов С.В., Тюмин И.В. <b>ИССЛОВАНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ КЛЕТКИ МЕТОДОМ АНАЛИЗА ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ПОТОКОВ</b> .....	стр. 118-119
Мифтахутдинова М.И., Копылов А.В. <b>ПРЕПАРАТ КСОФИГО В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КАСТРАЦИОННО-РЕЗИСТЕНТНЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> .....	стр. 120-121
Николаенко А.Н., Хобта Р.В., Иванов В.В., Меркулов В.Н., Сапожников В.А. <b>РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ БИОНИЧЕСКИХ ЭНДОПРОТЕЗОВ СУСТАВОВ КИСТИ С ПОМОЩЬЮ СЕЛЕКТИВНОГО ЛАЗЕРНОГО СПЕКАНИЯ</b> .....	стр.122-124
Николаенко А.Н., Хобта Р.В., Иванов В.В., Меркулов В.Н., Сапожников В.А. <b>ОЦЕНКА БИОСОВМЕСТИМОСТИ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ БИОНИЧЕСКИХ ЭНДОПРОТЕЗОВ IN VIVO</b> .....	стр. 125-128
Николаенко А.Н., Хобта Р.В., Иванов В.В., Меркулов В.Н., Сапожников В.А. <b>ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ КИСТИ</b> .....	стр. 129-131
Окунева И.В., Золотарева Т.Г., Козлова О.А., Коневская Т.В., Хмара Э.Ю. <b>АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ АКЦИЙ ОТДЕЛЕНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГБУЗ СОКОД</b> .....	стр. 132-135
Окунева И.В., Козлова О.А., Золотарева Т.Г., Коневская Т.В., Хмара Э.Ю. <b>АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЯ ВЫЕЗДНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ И В УЧРЕЖДЕНИЯХ Г.О.САМАРА И САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ</b> .....	стр. 136-139
Орлов А.Е., Каганов О.И., Волкова К.С., Тарасова А.В. Торопова Н.Е. <b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ KRAS - МУТАЦИЙ В РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ У БОЛЬНЫХ С III СТАДИЕЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА</b> .....	стр. 140
Орлов А.Е., Каганов О.И., Гукасян И.М., Бостриков А.В., Яннаева Ю.Г., Гордеев А.Л., Кудинов М.Ю., Пчелинцева В.А. <b>РОЛЬ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ И ХИРУРГИЧЕСКОМ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОРТАНИ</b> .....	стр. 141-142
Орлов А.Е., Козлов С.В., Егорова А.Г., Сомов А.Н., Юсупов Р.Н. <b>АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПРИЧИН ЗАПУЩЕННОСТИ И МЕТОДОВ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2016 - 2019 гг.</b> .....	стр. 143-145

Орлов А.Е., Козлова О.А., Золотарева Т.Г., Козлов С.В.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ  
Г. САМАРЫ В РАМКАХ ВСЕРОССИЙСКОЙ АКЦИИ «ОНКОПАТРУЛЬ»**

.....стр. 146-148

Орлов А.Е., Павлов В.В., Подусова Т.Н., Прошина О.А., Вакулич Е.А.

**ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПРЕДЛОЖЕНИЙ (ПРАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ)  
ПО ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И  
БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ**

.....стр. 149-151

Орлов А.Е., Золотарева Т.Г., Юданова А.А., Ромаданова С.В., Белова Т.Г.

**О ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ  
«БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»**

.....стр. 152-153

Осетрова О.В., Егорова А.Г., Сомов А.Н., Ищеряков С.Н., Парфёнова Т.А.

**СИСТЕМА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ  
И РЕЗУЛЬТАТЫ ЕЁ ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ  
В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

.....стр. 154-156

Печорская Е.А., Мальцева Н.В., Торопова Н.Е.

**ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ТОКСОПЛАЗМОЗА.  
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**

.....стр. 157-160

Пышкина Ю.С., Аглетдинов С.З.

**МАММОГРАФИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ**

.....стр. 161

Родионова В.А., Шибанова Н.Н., Шахов И.А.

**РОЛЬ ТРОМБОСТАТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ВЕНОЗНОМ РУСЛЕ  
КОНЕЧНОСТЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ  
АРТЕРИИ**

.....стр. 162-164

Ромаданова С.В., Золотарева Т.Г.

**ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ  
ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ РЕПУТАЦИЕЙ БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

.....стр. 165-167

Рыбакова Н.Г., Сивохина Т.А., Бурмистрова С.А., Лаврентьева Е.Б., Суховилова Е.В.

**ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФОСТАЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПОМОЩЬЮ  
АППАРАТА «ЭЛГОС» ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ  
МАТКИ**

.....стр. 168

Сивохина Т.А., Бурмистрова С.А., Рыбакова Н.Г., Кожина М.В.

**ПРИМЕНЕНИЕ СИНУСОИДАЛЬНОГО МОДУЛИРОВАННОГО ТОКА (СМТ)  
В ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ  
РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ**

.....стр. 169-170

Скупченко А.В., Репин А.А., Рассудишкин А.С., Лысенко А.В. <b>РОЛЬ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕЧЕНЬ</b> .....	стр. 171-173
Скупченко А.В., Репин А.А., Рассудишкин А.С., Лысенко А.В. <b>РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ В КОМБИНАЦИИ С ЭМБОЛИЗАЦИЕЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ</b> .....	стр. 174-175
Скупченко А.В., Горбачев А.Л., Рассудишкин А.С., Репин А.А., Лысенко А.В. <b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ УРЕТЕРОКУТАНЕОСТОМИИ И ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОСТОМИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ</b> .....	стр. 176-177
Смирнов Е.В., Аблекова О.Н., Лужнова Т.П. <b>АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ОБРАЗОВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И СОПОСТАВЛЕНИЕ С ЦИТОЛОГИЧЕСКИМ ЗАКЛЮЧЕНИЕМ ПОСЛЕ ТАПБ</b> .....	стр. 178-179
Соловов В.А., Ганьжов В.О., Матяш Я.С. <b>РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПЯТИЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ</b> .....	стр. 180-181
Соловов В.А., Тюрин А.А., Ганьжов В.О., Фесенко Д.В. <b>ФОКУСИРОВАННАЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АБЛЯЦИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ДОЛГОСРОЧНЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ</b> .....	стр. 182
Стадлер В.В. Крюкова Э.Г. Сметанин А.И. Муськин Р.Р. <b>ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОДНОЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ ТОРАКАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ</b> .....	стр. 183-184
Стеценко Т.Н., Аблекова О.Н., Бондарева Т.В. <b>ТРАНСРЕКТАЛЬНАЯ ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> .....	стр. 185-186
Тарасова А.В., Каганов О.И., Волкова К.С. <b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЬЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С HER2-NEU ПОЗИТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> .....	стр. 187-188
Тимирбултов Т.Ш., Вишняков В.А., Мальцева Н.В., Сергеева О.В. <b>ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЦЕФТАЗИДИМ/АВИБАКТАМ «ЗАВИЦЕФТА» В ОРИТ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЯМИ, ВЫЗВАННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ ВЫРАБАТЫВАЮЩИМИ КАРБАПЕНЕМАЗЫ</b> .....	стр. 189-190
Толстых Ю.Е., Белохвостикова В.Н., Аблекова О.Н. <b>ИЗМЕНЕНИЕ ЭНДОМЕТРИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРЕПАРАТА ТАМОКСИФЕН В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> .....	стр. 191-192

Трубин А.Ю., Воздвиженский М.О., Горбачев А.Л., Боряев А.Н., Хакимов В.Г.,  
Борзенкова Е.В.

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НЕФРЭКТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ В  
ГБУЗ СОКОД**

.....стр. 193-194

Трубин А.Ю., Горбачев А.Л., Боряев А.Н., А.В. Фольц, Борзенкова Е.В., Горбачев Н.А.

**ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ.  
АНАЛИЗ СОБСТВЕННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ**

.....стр. 195

Трубин А.Ю., Козлов С.В., Хакимов В.Г., Борзенкова Е.В., Горбачев Н.А., Боряев А.Н.  
Морятов А.А.

**РИСК РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

.....стр. 196-197

Фесенко Д.В., Соловов В.А., Ганьжов В.О.

**ИММУНОТЕРАПИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

.....стр. 198

Хобта Р.В., Меркулов В.Н., Сапожников В.А.

**ОТСРОЧЕННАЯ ХИРУРГИЯ ГЛИОМ С ДОРОКАЧЕСТВЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ**

.....стр. 199

Хобта Р.В., Меркулов В.Н., Сапожников В.А.

**ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АСТРОЦИТОМ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ  
ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

.....стр. 200

Хобта Р.В., Дороганов С.О., Иванов В.В., Николаенко А.Н., Сапожников В.А.,  
Меркулов В.Н.

**РЕКОНСТРУКТИВНЫЙ ЭТАП В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ  
С ОПУХОЛЯМИ КОЖИ, МЯГКИХ ТКАНЕЙ И КОСТЕЙ**

.....стр. 201-202

Хобта Р.В., Иванов В.В., Николаенко А.Н., Дороганов С.О.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАНДАРТНЫХ ДОНОРСКИХ ЗОН ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ  
ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ**

.....стр. 203-205

Чекулаев Р.А., Ищеряков С.Н., Корсаков Ю.В.

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ  
УХОД ЗА ИНКУРАБЕЛЬНЫМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ**

.....стр. 206-207

Чернышова О.Ю., Денисова С.В., Щежин А.А., Секотова И.В.

**БИСФОСФОНАТНЫЙ ОСТЕОНЕКРОЗ ЧЕЛЮСТИ**

.....стр. 208-209

Щёголева М.Г., Лаштаева М.А., Ляс Н.В., Исхакова Г.Н., Амосов Н.А.,

Тюлюсов А.М., Юрченко Р.А., Ткачев А.А., Машукаева А.С., Иванов В.В.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДАБИГАТРАНА ЭТЕКСИЛАТ (ПРАДАКСА)  
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА) У  
ОНКОТОРАКАЛЬНЫХ И У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ  
ОПЕРАЦИИ**

.....стр. 210-211

Щукин В.Ю., Каганов О.И., Федосеева А.И.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО  
МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАК  
ЯИЧНИКОВ III СТАДИИ**

.....стр. 212

Юданова А.А., Золотарева Т.Г., Орлов А.Е., Козлов С.В., Ромаданова С.В., Белова Т.Г.

**СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС КАК МЕТОД АНАЛИЗА  
УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

.....стр. 213-217

Юданова А.А., Орлов А.Е., Золотарева Т.Г.

**«ПРЯМЫЕ ЭФИРЫ» В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ КАК ИНСТРУМЕНТ  
ФОРМИРОВАНИЯ ЛОЯЛЬНОСТИ И СНЯТИЯ СОЦИАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ  
У ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

.....стр. 218-219