

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ЗАБАЙКАЛЬЯ»

# **РЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

## **«ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОНКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ»**



Забайкальский краевой  
**ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ**  
**ДИСПАНСЕР**

**Чита - 2022**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» -  
РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ЗАБАЙКАЛЬЯ»

**РЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**  
**«ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
ОНКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ»**  
**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ**

29 апреля 2022 года



**УДК 616-006 (061.2)**

**ББК 55.6**

Региональная научно-практическая конференция «Юбилейная конференция онкологов Забайкальского края», 29 апреля 2022 года, г. Чита [Электронный ресурс]: сборник научных трудов / Читинская государственная медицинская академия. – Электрон. текстовые дан. – Чита: РИЦ ЧГМА, 2022. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM) – Мин. систем. требования: IBM PS 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; Adobe Reader.

В настоящий сборник включены научные работы, посвященные анализу научной, практической деятельности медицинских работников Забайкальского краевого онкологического диспансера, сотрудников, ординаторов кафедры онкологии Читинской государственной медицинской академии.

Сборник адресован специалистам практического здравоохранения, научным работникам, студентам, ординаторам медицинских вузов.

**Ответственный за выпуск**

Заведующая кафедрой ФГБОУ ВО ЧГМА,  
к.м.н., доцент **Каюкова Елена Владимировна**

**ISBN 978-5-904934-43-9**

**Региональная научно-практическая конференция  
«ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОНКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ»**

---

*Глубокоуважаемые коллеги!*

Мы рады приветствовать вас на Юбилейной конференции онкологов Забайкальского края. В рамках научно-практической конференции будут озвучены изменения в нормативно-правовой базе в сфере «Онкология», рассмотрены последствия COVID пандемии при оказании онкологической помощи в регионе, представлены сведения о возможностях молекулярно-генетической диагностики в онкологии в регионе, обсуждены вопросы взаимодействия между онкологами, кардиологами, нейрохирургами с целью качественного оказания медицинской помощи онкологическим больным.

Проводимое научное мероприятие имеет большое значение для обмена опытом специалистов, решения междисциплинарных задач по маршрутизации онкологических больных.

Надеемся, что проводимая конференция пройдет продуктивно для совершенствования работы специалистов.

Главный онколог Забайкальского края  
Пимкин М.Г.

Заведующая кафедрой онкологии  
ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России  
к.м.н., доцент Каюкова Е.В.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КОЛОНОСКОПИИ  
В ВЫЯВЛЕНИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ**

*ФГБОУ ВО Читинская медицинская государственная академия  
(ректор – д.м.н., доцент Зайцев Д.Н.)*

Рак толстой кишки является одной из наиболее часто встречающихся форм злокачественных опухолей. По данным мировой статистики, онкопатология толстой кишки занимает третье место в мире по числу новых случаев заболевания и второе место по числу смертности среди всех полов и возрастов. В Российской Федерации, как и во многих других европейских странах неуклонно растет. Основными причинами высокой смертности от рака толстой кишки следует считать позднюю диагностику данного заболевания, а также длительное бессимптомное течение данной онкопатологии.

Злокачественные новообразования толстой кишки чаще всего возникают в результате малигнизации аденом, риск озлокачествления которых возрастает по мере увеличения размера и преобладания ворсинчатого компонента в их морфологической структуре. Полипы колоректальной области часто склонны к малигнизации, при этом своевременная диагностика и лечение предраковых заболеваний толстой кишки снижает риск развития рака колоректальной области.

Проблема скрининга и ранней диагностики рака толстой кишки и предраковых заболеваний в нашей стране до сих пор остается очень острой. В настоящее время скрининговые программы по выявлению колоректального рака в России на общенациональном уровне не проводятся. К наиболее эффективным и популярным методикам диагностики полипов и колоректального рака относят эндоскопическое исследование толстой кишки (сигмоскопия, колоноскопия)

**Цель работы:** оценить эффективность диагностической фиброколоноскопии в диагностике предраковой патологии и злокачественных заболеваний толстой кишки.

**Материалы и методы:** проведен ретроспективный анализ протоколов фиброколоноскопий, выполненных пациентам при дообследовании на уровне поликлиники ГУЗ «Краевая клиническая больница» г. Читы с января по декабрь 2021 года. Обследования больных проводились на базе эндоскопического отделения ГУЗ «Краевая клиническая больница» г. Читы. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета программ Microsoft Excel 2010.

**Результаты:** Нами было обработано 156 карт амбулаторных больных, проходивших фиброколоноскопию в отделении эндоскопии ГУЗ ККБ в 2021 году. Из них 120 женщин, 36 мужчин. Средний возраст женщин составил 58 лет, средний возраст мужчин – 53 года.

Фиброколоноскопия была выполнена 147 пациентам. 9 человек, пришедших на исследование, не проводили подготовку к процедуре, в связи с чем колоноскопия данным пациентам не была выполнена.

При оценке уровня проведения исследования установлено, что тотальная колоноскопия была произведена у 126 (80,8 %) пациентов. До селезеночного угла было осмотрено у 4 (2,6 %) человек, до печеночного угла – у 7 (4,5 %) пациентов, до сигмовидной кишки – у 9 (5,8 %) обследованных. До ректосигмоидного отдела кишечника и до нисходящего отдела ободочной кишки обследовано по 1 (0,6 %) человеку.

По результатам колоноскопии у 41 (27,9 %) пациента не было обнаружено патологии толстой кишки. Различного рода заболевания обнаружены у 106 (72,1 %) человек. Из всех обследованных полипы выявлены у 30 (19,2 %) человек, всего выявлено 34 полипа. Также было обнаружено 2 (1,28%) случая злокачественных новообразований ободочной кишки.

По гистологической структуре были выявлены следующие типы новообразований: тубулярная аденома в 8 (23,5 %) случаях, тубулярно-ворсинчатая аденома в 6 (17,6 %) слу-

чаях, тубуловиллезная аденома в 2 случаях (5,9 %), гиперпластический полип в 8 (23,5 %) случаях, зубчатая аденома в 3 (8,8 %) случаях, тубулоидная аденома в 1 (2,9 %) случае. В 6 (17,6 %) случаях гистологическая структура выявленных полипов не была указана. Гистологическая структура злокачественных новообразований была представлена: G2 инвазивной карциномой толстой кишки с изъязвлением и без в 2 случаях.

**Вывод:** Таким образом, колоноскопия является эффективным методом диагностики предраковых заболеваний и злокачественных новообразований толстой кишки, о чем свидетельствует выявление полипов 19,2 % и рака толстой кишки в 1,28 % случаев. На информативность колоноскопии, как метода диагностики предопухолевой и опухолевой патологии существенно влияет качество подготовки пациентов, выполнение обследования кишки не в полном объеме, в связи с чем патология толстой кишки может быть не обнаружена. По гистологической структуре полипов, наиболее часто встречались тубулярные аденомы, обладающие высоким потенциалом злокачественности.

**Каюкова Е.В.<sup>1</sup>, Бурдинская Т.В.<sup>2</sup>, Горбачева О.Н.<sup>2</sup>, Эдельман Е.В.<sup>1</sup>**

### **АНАЛИЗ PD-L1 СТАТУСА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ (ПЕРВЫЙ ОПЫТ)**

<sup>1</sup>*ФГБОУ ВО Читинская медицинская государственная академия  
(ректор – д.м.н., доцент Зайцев Д.Н.)*

<sup>2</sup>*ГУЗ Забайкальский краевой онкологический диспансер  
(главный врач – Пимкин М.Г.)*

PD-L1 (programmed cell death ligand-1) – белок, ингибирующий противоопухолевый иммунный ответ, экспрессируется на поверхности опухолевых клеток шейки матки, АПК и Т-лимфоцитах.

Данные по уровню экспрессии PD-L1 опухолевыми клетками при плоскоклеточном паке шейки матки (РШМ) противоречивы (22-96%).

**Цель исследования:** проанализировать уровень экспрессии PD-L1 опухолевыми клетками РШМ, определить его прогностическое значение.

**Материалы и методы исследования.** Выполнен ретроспективный анализ результатов иммуногистохимического исследования (ИГХ) определения экспрессии PD-L1 опухолевыми клетками РШМ на базе ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер». Расчет прогностического значения указанного молекулярного параметра выполнялся с учетом данных регионального канцеррегистра, используя методы непараметрической статистики.

**Результаты исследования.** С 2020 г. по 2021 г. на базе ГУЗ ЗКОД выполнено 55 ИГХ исследований определения экспрессии PD-L1 опухолевыми клетками больным РШМ. Средний возраст больных – 47,9±12,8 лет. В 3 случаях (5,5%) больные на момент диагностики имели IV стадию опухолевого процесса, в остальных случаях обследования выполнено у предреченных пациенток по поводу прогрессирования заболевания. В 1 случае материалом для исследования служила ткань метастатического очага (метастаз в легкое), в остальных – первичная опухоль. Большинство больных (91%) имели плоскоклеточный РШМ, 5,5% – железистый рак, 1,8% (1 случай) – железисто-плоскоклеточный, 1,08% – гигантоклеточная опухоль.

В 50,9% случаев опухолевые клетки имели экспрессию PD-L1 более 1%, из них 75% имели экспрессию более или равную 5%. Среди больных с экспрессией PD-L1 опухолевыми клетками 13 человек умерло от прогрессирования заболевания в течение 2-х лет (46%). В группе сравнения без экспрессии PD-L1 от прогрессирования РШМ умерло 14 человек (51,8%). При проведении статистического анализа установлена значимость экспрессии PD-L1 как прогностического маркера у больных РШМ. Данный факт был подтвержден в преды-

дущем исследовании по изучению прогностического значения локального содержания PD-L1 у больных РШМ – метод проточной цитометрии.

**Выводы.**

У 51% пациентов с распространенным РШМ выявлена экспрессия PD-L1 опухолевыми клетками.

Экспрессия PD-L1 может рассматриваться как прогностический фактор течения РШМ, однако требует комплексного анализа с учетом характера экспрессии и вида клеток (опухолевые, иммунные).

Введенная методика по определению ИГХ-экспрессии PD-L1 опухолевыми клетками у больных РШМ входит в перечень обследований больных с распространенным и метастатическим РШМ согласно действующим клиническим профильным рекомендациям и позволяет выявить показания для назначения иммунотерапии таким больным.

**Каюкова Е.В.<sup>1</sup>, Лескова О.В.<sup>2</sup>, Макаревич В.А.<sup>1</sup>**

**ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ  
СО ВТОРОЙ ОПУХОЛЬЮ ГЕМОБЛАСТОЗ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ**

*<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Читинская медицинская государственная академия  
(ректор – д.м.н., доцент Зайцев Д.Н.)*

*<sup>2</sup>ГУЗ Забайкальский краевой онкологический диспансер  
(главный врач – Пимкин М.Г.)*

Первично-множественные злокачественные опухоли (ПМЗО) характеризуются возникновением у одного больного более одной злокачественной опухоли.

В настоящее время критерии ПМЗО пересмотрены. Если раньше в основу выделения ПМЗО были положены критерии Т. Бильрота (расположение опухолей в разных органах, отличная морфологическая структура каждой из них, возможность метастазирования каждой опухоли), то сейчас выделены иные характеристики ПМЗО: каждая опухоль имеет морфологические критерии злокачественности и не является метастазом по отношению к другой.

Учет первично-множественных злокачественных новообразований ведется в формах государственной онкологической статистики с 1989 г., однако, имеет свои недостатки. Информация о первично-множественных опухолях в официальных формах не разбита по нозологическим группам новообразований и недостаточна для анализа проблемы, которая приобретает все большую актуальность и остроту.

Актуальность ПМЗО определяется увеличением продолжительности жизни населения и улучшением выживаемости онкологических больных, улучшением диагностики онкологических заболеваний, возрастанием интенсивности канцерогенных воздействий, урбанизацией, накоплением наследственной отягощенности.

Согласно данным эпидемиологических исследований увеличилось число случаев ПМЗО у леченных онкологических пациентов после проведения специализированного лечения.

**Цель и задачи работы.** Проанализировать частоту встречаемости гемобластозов у ранее леченных онкологических больных в рамках диагноза ПМЗО на примере выборочной совокупности среди пациентов, получивших специализированное лечение в Забайкальском краевом онкологическом диспансере.

**Материалы и методы.** Осуществлен ретроспективный анализ 900 историй болезни пациентов со злокачественными заболеваниями крови и лимфоидной ткани, проходивших лечение в отделении химиотерапии №2 ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер» за период с 2018 по 2020 годы. Случаи повторных госпитализаций не учитывались. Методологическую основу работы составили: статистический и сравнительный анализы. Полученные данные систематизированы в программе Excel 2007.

### Результаты.

Из 900 пролеченных больных диагноз ПМЗО был выставлен в 44 случаях (сл.) (5%), при этом из них 4 сл. (9%) – гемобластоз является первым выявленным заболеванием, и 39 сл. (88,7%) – гемобластоз являлся второй опухолью.

Наш интерес представляли пациенты с гемобластозом в качестве вторичной опухоли.

В большинстве случаев (92%) больные имели 2 ЗНО. У 3-х человек (чел.) (8%) выявлены 3 различных локализации ЗНО.

**Подгрупповой анализ по полу:** женщин 25 чел. (64%), мужчин – 14 (36%).

**Подгрупповой анализ по времени выявления гемобластоза:** метакронные опухоли – 33 сл. (85%), синхронные – 6 (15%).

**Подгрупповой анализ по статусу первичной опухоли.**

Наиболее частые локализации первичной опухоли: рак молочной железы – 6 чел. (14%), рак толстой кишки – 6 чел. (14%), рак эндометрия – 4 чел. (10%), рак шейки матки – 3 чел. (7%)

Следует отметить, что большинство первичных опухолей были диагностированы на ранних стадиях (28%) (рисунок 1).

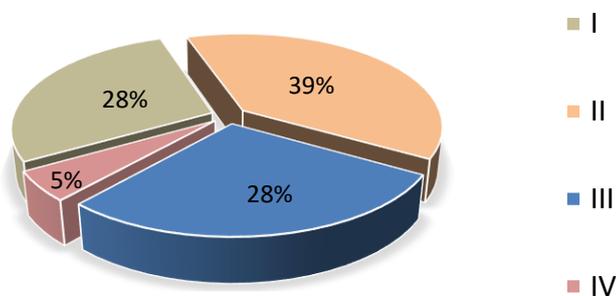


Рис. 1. Стадия первичного ЗНО

Были выполнены следующие методы лечения первой опухоли: комплексное – 15 сл. (36%), оперативное – 14 сл. (33%), химиотерапия – 6 сл. (14%), комбинированное – 4 сл. (10%), лучевая терапия – 2 сл. (5%). У 21 пациента (54%) первичное ЗНО диагностировано в пожилом возрасте, у 15 пациентов (38%) – в среднем возрасте и у 3 пациентов (8%) – в молодом.

**Подгрупповой анализ по латентному периоду между появлениями неоплазий.**

В 40% сл. (13 чел.) период между двумя ЗНО составил – 1-5 лет, в 24% (8 чел.) – 6-10 лет, в 18% (6 чел.) – 11-15 лет, и в 18% (6 чел.) – период более 15 лет.

**Подгрупповой анализ по нозологии гемобластоза как второй опухоли**

Наиболее частые опухоли кроветворной и лимфоидной ткани, выявленные у пролеченных больных: В-клеточная лимфома – 17 сл. (44%), множественная миелома – 5 сл. (13%), хронический лимфолейкоз – 4 сл. (10%), лимфома Ходжкина – 3 сл. (8%), неходжкинская лимфома (внеорганный локализация) – 3 сл. (8%), мальт-лимфома (желудка; орбиты) – 2 сл. (5%), острый миелобластный лейкоз – 2 сл. (5%) (рисунок 2).



Рис. 2. Подгрупповой анализ по нозологии гемобластоза как второй опухоли

### Подгрупповой анализ по времени диагностики гемобластоза как второй опухоли с момента появления первых признаков

Проведен анализ затраченного времени на постановку диагноза ПМЗО от момента появления первых признаков заболевания: менее 1 месяца понадобилось в 46% сл., 1-3 месяца в 21% сл., 4-6 месяцев в 18% сл., и более 6 месяцев в 15% случаев.

Анализируя анамнез заболевания и маршрутизацию пациентов, получили следующие данные: 29 диагнозов (88%) ПМЗО были выставлены в условиях диспансерного наблюдения за онкологическими больными и только 4 диагноза (12%) явились «случайной находкой» в процессе лечебно-диагностического поиска в других медицинских учреждениях.

#### Выводы.

У 5% больных с гемобластомами имеется отягощенный личный онкологический анамнез по ранее леченному ЗНО. В рамках диагноза ПМЗО наиболее часто встречается полинеоплазия в сочетании 1-й солидной опухолью и гемобластога.

Наиболее часто среди леченных онкологических больных гемобластога встречаются у женщин в постменопаузе, спустя 1-5 лет после лечения по поводу: рака молочной железы, рака толстой кишки, рака эндометрия.

Наиболее частые нозологии гемобластога в диагнозе ПМЗО: В-клеточная лимфома, множественная миелома.

Актуальным является проведение качественного пожизненного диспансерного наблюдения за ранее лечеными онкологическими больными с целью выявления не только признаков прогрессирования основного заболевания, но и вторичных опухолей.

Каюкова Е.В.<sup>1</sup>, Чередник А.В.<sup>2</sup>, Яковлева Е.А.<sup>1</sup>

## ЛИМФАТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТАЗОВОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИМ РАКОМ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Читинская медицинская государственная академия  
(ректор – д.м.н., доцент Зайцев Д.Н.)

<sup>2</sup>ГУЗ Забайкальский краевой онкологический диспансер  
(главный врач – Пимкин М.Г.)

Выполнение тазовой лимфодиссекции является частью комплексного хирургического стадирования при раке предстательной железы и раке мочевого пузыря, что позволяет в полной мере определить объем распространения заболеваний и спланировать дальнейшее лечение.

**Цель исследования:** оценить частоту встречаемости лимфатических осложнений у больных онкоурологическим раком после проведенных тазовых лимфодиссекций.

**Материалы и методы исследования.** Выполнен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, проходивших хирургическое лечение в ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер» с диагнозами рак предстательной железы, рак мочевого пузыря за период 2018-2020 гг. Анализ данных выполнен с помощью программы Excel 2007 г.

**Результаты исследования.** За исследуемый промежуток времени было найдено 85 историй болезней пациентов, перенесших тазовую лимфодиссекцию.

По результатам поиска выделено 2 исследуемые группы: I группа – пациенты с урологическим раком после хирургического лечения без наличия лимфатических осложнений (n=61). Средний возраст пациентов – 59 лет; II группа – с лимфатическими осложнениями (n=24). Средний возраст – 61 год.

**Подгрупповой анализ по половой принадлежности:** в I группе – женщины 9%; мужчины-91%; во II группе - женщины – 8%; мужчины – 92%.

**Подгрупповой анализ по нозологиям:** с диагнозом рак предстательной железы в I группе – 80% во II – 83%, раком мочевого пузыря в I группе - – 79%, во II – 83%

Показание к лимфодиссекции - хирургическое стадирование - 35%/62,5% (I versus II), радикальное лечение - 65% /37,5% (I versus II).

Во II группе выявлены лимфатические осложнения: длительная лимфорея – 62,5%; лимфоцеле – 33,3%; лимфокиста -4,16%. По стороне поражения они подразделяются на левосторонние – 33,3%; правосторонние – 4,1%; двухсторонние – 62,5%. Возникшие осложнения потребовали хирургического лечения: повторной операции и вскрытия кист – 33,3%; путем дренирования под УЗИ-контролем -66,6%

**Подгрупповой анализ по количеству удаленных лимфатических узлов** I группа до 5 – 1% , 5 – 10-31%, 11-15 – 49% 16-20 – 29%. II группа 0-5 – 0%; 5-10 – 28%; 11-15 – 58,3%; 16-20 – 28%.

**Подгрупповой анализ по виду оперативного доступа:** I группа – полостная операция – 62%; лапароскопия – 38% II группа -полостная операция – 54,16%, лапароскопия - 45,8%.

Опыт хирурга: Во всех случаях в обеих группах операцию выполнял стажированный хирург с опытом оперирования более 10 лет.

Антикоагулянтная и антибактериальная профилактика – выполнялась у 100% больных в обеих группах.

**Подгрупповой анализ по индексу массы тела:** I группа нормальный ИМТ имеют – 47%; предожирение – 24%; ожирение 1 степени – 25%; ожирение 2 степени – 4%; II группа нормальный ИМТ имеют – 50%; предожирение – 20,8%; ожирение 1 степени – 25%; ожирение 2 степени – 4,16%.

По результатам исследования можно сделать выводы:

У больных онкоурологическим раком лимфатические осложнения встречаются у 28%. Наиболее частое лимфатическое осложнение – длительная лимфорея.

Избыток массы тела не играет особую роль в предрасположенности к возникновению лимфотических осложнений у больных урологическим раком

Для профилактики лимфатических осложнений в хирургическом отделении опухолей мочеполовой системы используется раннее удаление дренажей (3 сутки) после предварительного анализа содержимого на мочевину и креатинин; при радикальной простатэктомии – после выполнения двусторонней тазовой лимфаденэктомии и радикальной простатэктомии – рассекается париетальная брюшина.

**Каюкова Е.В., Ункуева Д.В.**

## **САРКОПЕНИЧЕСКОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

*ФГБОУ ВО Читинская медицинская государственная академия  
(ректор – д.м.н., доцент Зайцев Д.Н.)*

Саркопеническое ожирение – избыточное накопление жировой ткани в сочетании с прогрессирующей потерей мышечной массы и силы скелетных мышц, которое оказывает существенное неблагоприятное влияние на метаболический статус человека, приводя к снижению качества жизни, повышению инвалидизации и смертности.

У онкологических больных с солидными опухолями саркопеническое ожирение ассоциировано с более высокой смертностью и высоким уровнем осложнений при специализированном лечении рака.

Своевременная диагностика саркопенического ожирения у онкологических больных важна для разработки плана лечения и повышения его эффективности.

Цель исследования: установить частоту встречаемости и проявления нутритивной недостаточности у больных онкологического профиля с ожирением.

**Материалы и методы.** Проведено проспективное исследование 43 пациентов в возрасте от 32 до 83 лет с подтверждённым диагнозом злокачественного новообразования (ЗНО), проходивших специализированное лечение на базе ГУЗ ЗКОД. Критерии включения: наличие ЗНО, избыток массы тела. Методы исследования: анамнестический, клинический (антропометрия с определением роста, веса, индекса массы тела (ИМТ) и окружности талии), опрос (клиническое обследование, опросники NRS-2002, SGA), лабораторный (общий анализ крови, биохимический анализ крови).

**Результаты исследования.** Среди исследуемой выборки: мужчин – 29 (67,4%), женщин – 14 (32,5%). Распределение по нозологиям: рак молочной железы – 12 (27,9%), рак яичников – 7 (16,3%), рак предстательной железы – 6 (14%), рак прямой кишки – 8 (18,6%), рак поджелудочной железы – 7 (16,3%), саркома мягких тканей – 3 (6,9%).

Из 43 человек у 41 пациента были выявлены проявления нутритивной недостаточности.

Выделены следующие группы:

I группа – пациенты с нутритивной недостаточностью. В данную группу были включены исследуемые с подтвержденной лабораторно белково-энергетической недостаточностью.

По данным опроса были выделены следующие жалобы: общая слабость, быстрая утомляемость, снижение способности выполнять физические нагрузки. По результатам опросников NRS-2002, SGA у всех пациентов выявлен высокий риск развития нутритивной недостаточности, нормальная и умеренная форма выраженности НН соответственно.

Была произведена оценка роста и массы тела, а также расчет ИМТ. У 19 (44,1%) была выявлена 1 степень ожирения, у 23 (53,6%) 2 степень ожирения и у 1 (2,3%) 3 степень ожирения.

У всех пациентов выделено снижение силы скелетной мускулатуры. Данный критерий оценивался по данным метода ручной динамометрии и методу подъема со стула.

Оценка лабораторных показателей рассматривалась для определения степени нутритивной недостаточности. Общий анализ крови: лимфоциты –  $27 \pm 2$  %. Биохимический анализ крови: общий белок –  $58 \pm 3$  г/л. Таким образом, у данной группы пациентов выявлены легкая и средняя степени нутритивной недостаточности.

*II группа* – пациенты без нутритивной недостаточности. У данных исследуемых лабораторные показатели были в референсных значениях.

По данным опроса жалобы у пациентов были представлены жалобами по основному диагнозу. По оценке антропометрических показателей выявлена 2 степень ожирения у 2 пациентов (100%).

**Выводы.** Саркопеническое ожирение как проявление нутритивной недостаточности встречается у большинства онкологических больных с ожирением. Существует необходимость проведения нутритивного скрининга у данной группы лиц для своевременной коррекции белково-энергетической недостаточности и предотвращения развития саркопении на фоне избыточной массы тела. Своевременное выявление нутритивных нарушений у таких пациентов позволило бы откорректировать питание, специализированное лечение с целью улучшения его эффективности, переносимости, продолжительности жизни, улучшения качества жизни.

**Бурдинская Т.В., Чередник А.В., Ральникова Н.В. Апатова А.В.**

### **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАРААНГЛИОМЫ (ЭКСТРААДРЕНАЛОВОЙ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ) МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

*ГУЗ Забайкальский краевой онкологический диспансер  
(главный врач – Пимкин М.Г.)*

Пациентка С. 54-х лет обратилась в поликлинику с жалобами на учащенное мочеиспускание. При амбулаторном обследовании было выполнено:

- УЗИ мочевого пузыря: по левой боковой стенке ближе к дну четко визуализируется изоэхогенное, неоднородное образование  $31 * 23 * 18$  мм, в режиме ЦДК определяется интранодулярный кровоток.
- Цистоскопия с биопсией: на левой боковой стенке солидное образование, гипervasкулярное размерами  $35 * 25$  мм.

При гистологическом исследовании (пересмотр микропрепаратов) – в присланном материале очень мелкий биоптат представлен солидным ростом крупных клеток со слабым полиморфизмом ядер, обильной цитоплазмой, четко не поддающейся гистологической верификации и дифференцировке, местами клетки формируют папиллярноподобные структуры. Точно выставить диагноз было трудно по характеру исследованного материала и по малому объему опухоли. Рекомендовалось повторить биопсию для уточнения гистологического диагноза.

При поступлении в ГУЗ ЗКОД ХООМПС – у пациентки был выраженный дизурический синдром (учащенное мочеиспускание).

Проведена операция: трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря с интраоперационным низкоинтенсивным лазерным излучением.

Интраоперационно: уретра проходима на всем протяжении, слизистая розовая. Емкость мочевого пузыря удовлетворительная. Слизистая обычной окраски, в области треугольника Льео покрыта белым налетом, легко снимающимся при контакте с инструментом. Устья мочеточников в типичных местах, щелевидные, перестальтируют. На левой боковой стенке солидное образование, гипervasкулярное, на широком основании размерами  $35 * 25$  мм. Выполнена биполярная резекция образования. Контроль гемостаза, эвакуация резектатов. Проведен сеанс воздействия низкоинтенсивным лазерным излучением длиной волны  $662$  нм на аппарате «ЛАХТА-МИЛОН» на слизистую мочевого пузыря – ложе опухоли и по периферии

зоны резекции. Резектаты опухоли были доставлены в патологоанатомическое отделение ГУЗ ЗКОД.

Гистологическое заключение: в присланных на гистологическое исследование резектатах мочевого пузыря размерами от 0,5 см до 2 см, в строме под переходноклеточным эпителием рост параганглиомы (синоним экстраадреналовая феохромоцитома, ICD-code 8693/1). Опухолевые клетки строят дискретные гнезда, разделенные хорошо развитой сосудистой сетью. Клетки квадратной и полигональной формы, с ацидофильной цитоплазмой, овальными ядрами. Опухоль прорастает в собственно мышечный слой мочевого пузыря, без видимой васкулярной и невральской инвазией, с кровоизлияниями, выпадением гемосидерина. В основании опухоли (отдельная клиническая и гистологическая маркировка) роста опухоли нет.

При иммуногистохимическом исследовании: отмечается положительная экспрессия нейроэндокринных маркеров таких как синаптофизина, хромогранина А, индекс пролиферативной активности Ki67 достигает 1%, что свидетельствует в пользу параганглиомы с низким уровнем пролиферативной активности. Негативная экспрессия НМВ45, мелана А – исключают меланому, негативная реакция с белком р-63, СКР20 – исключают первичную переходноклеточную карциному мочевого пузыря.

По литературным данным параганглиома – гормонально активная опухоль, исходящая из хромаффинной ткани симпатoadреналовой системы, секретирующая катехоламины. Около 10 % всех феохромоцитом развиваются вне надпочечников. Параганглиомы мочевого пузыря очень редки (примерно 0,06 % от всех новообразований мочевого пузыря). Заболевание дебютирует во 2-3 декадах жизни. У женщин данная патология встречается чаще, чем у мужчин.

Наиболее часто опухоли локализуются в подслизистом слое стенки мочевого пузыря.

При иммуногистохимическом исследовании параганглиомы позитивны с нейроэндокринными маркерами и негативны с эпителиальными.

До настоящего времени не выработано надежных патогистологических признаков, позволяющих дифференцировать злокачественные параганглиомы от доброкачественных.

Четыре признака, вероятнее указывающих на повышенный риск злокачественного поведения:

1. Молодой возраст (второе десятилетие жизни).
2. Гипертония.
3. Дизурический синдром.
4. Инфильтративный рост в стенке мочевого пузыря.

Важно длительное наблюдение, так как параганглиомы могут рецидивировать через много лет после первоначального диагноза.

Прогноз обычно благоприятный, если опухоль обнаруживается на ранней стадии, чтобы избежать серьезных осложнений, связанных с избытком катехоламинов.

**Снежевская Е.А.**

### **ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*ГУЗ Забайкальский краевой онкологический диспансер  
(главный врач – Пимкин М.Г.)*

Щитовидная железа (ЩЖ) – обильно кровоснабженный орган, и в связи с возможными осложнениями трепанобиопсию с целью дооперационной гистологической диагностики не используют. Цитологическое исследование материала, полученного методом тонкоигольной аспирационной пункции (ТАБ) ЩЖ – простой, безопасный, дешевый метод морфологической верификации патологического процесса, который при необходимости можно повторить.

**Региональная научно-практическая конференция  
«ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОНКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ»**

Кроме того цитологическое исследование можно применять при срочной интраоперационной диагностике, обычно параллельно с гистологическим.

Цель цитологического исследования при заболеваниях ЩЖ – уменьшение количества неоправданных хирургических вмешательств у пациентов с неопухолевыми процессами и выявление больных с опухолями для своевременного оперативного лечения и предотвращения или ранней диагностики злокачественных поражений.

Основным показанием к ТАБ является узловой зоб: все солитарные или доминантные узлы диаметром более 1 см, выявленные у эутиреоидных пациентов (при нормальном уровне ТТГ), необходимо пунктировать, желателен контроль УЗИ.

Цитологическое исследование способно помочь уточнить план ведения больных при диффузном нетоксическом зобе, так как позволяет провести дифференциальный диагноз между коллоидным или паренхиматозным зобом и аутоиммунным тиреоидитом.

Очень важно, чтобы эндокринологи, хирурги, врачи-радиологи и цитологи работали сообща, целью их работы должен быть обмен информацией, полученной на разных этапах обследования и лечения, для оптимальной лечебной тактики и непрерывности наблюдения.

Как правило, при пункции ЩЖ получается достаточно обильный кровянистый материал, поэтому следует весь материал распределить на стеклах более тонким слоем.

ТАБ ЩЖ в настоящее время является неотъемлемой частью обследования и включается в рекомендации для оценки узловых новообразований ЩЖ благодаря своей высокой чувствительности и специфичности.

Преимущества ТАБ напрямую связано с ее точностью. Количество ложноположительных результатов ТАБ сравнительно невелико и варьирует от 1.0 до 7,7 %, ложноотрицательных результатов составляет 0.5-11.5%. Чувствительность и специфичность ТАБ 65-98 и 45-100% соответственно.

В настоящее время существует несколько классификационных систем описания цитологического результата, ВОЗ рекомендует использовать единую терминологическую классификацию Bethesda (the Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology), разработанную в Национальном институте рака в США в 2009 г. В 2017 г. Классификация Bethesda была пересмотрена, и в 2018 г. опубликована пересмотренная версия классификации. Были обновлены данные по рискам злокачественности новообразований и соответственно по тактике ведения пациентов. Кроме того, в рекомендации по дальнейшему ведению пациентов в диагностические категории неопределенного значения были включены рекомендации по проведению молекулярно-генетического исследования (таблица 1).

Таблица 1

Классификация Bethesda

Диагностическая категория	Характеристика Bethesda 2017	Риск злокачественности, если нет карциномы	Риск злокачественности, если есть карцинома	Тактика ведения пациента
Класс I	Неинформативный материал (недиагностический или неудовлетворительный - кровь, содержимое кисты или практически бесклеточный материал и др.)	5-10%	5-10%	Повторная ТАБ под контролем УЗИ
Класс II	Доброкачественное образование (доброкачественные фолликулярные новообразования, включая аденоматозные узлы, коллоидные узлы, лимфоцитарный тиреоидит (Hashimoto), гранулематозный (подострый) тиреоидит и др.	0-3%	0-3%	Клиническое и УЗИ наблюдение
Класс III	Фолликулярное поражение неопределенного значения/атипия неопределенного значения	6-18%	10-30%	Повторная ТАБ, молекулярно-генетическое

**Региональная научно-практическая конференция  
«ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОНКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ»**

				тестирование или проведение гемитиреодэктомии
Класс IV	Фолликулярная неоплазия / подозрение на фолликулярную неоплазию (наличие клеток Гюртле)	10-40%	25-40%	Молекулярно-генетическое тестирование или гемитиреодэктомия
Класс V	Подозрение на злокачественность (подозрение на папиллярную, медуллярную, метастатическую карциному или лимфому и др.)	45-60%	50-75%	Тиреоидэктомия или гемитиреодэктомия
Класс VI	Злокачественное новообразование (папиллярный, низкодифференцированный, медуллярный, анапластический рак ЩЖ, неходжкинская лимфома и др.)	94-96%	97-99%	Тиреоидэктомия или гемитиреоидэктомия

При получении полноценного материала от врача-цитолога можно ожидать более точное заключение в уверенной или предположительной форме в соответствии с цитологическими и гистологическими классификациями (при доброкачественных неопухолевых поражениях – тиреоидит (аутоиммунный, гранулематозный, фиброзный), клеточный или коллоидный зоб и другие поражения, при злокачественных поражениях – уточнение формы рака (папиллярный, фолликулярный, анапластический). Заключение «материал получен из участка кистозной дегенерации» или «лимфоидной инфильтрации» обычно связаны с доброкачественными поражениями (зоб с кистозной дегенерацией, лимфоидный тиреоидит и др.), однако не исключают опухолевого процесса, поэтому для уточнения диагноза необходима повторная пункция с более тщательным её выполнением. Проблемы при интерпретации ТАБ в основном связаны с неопределенными результатами, к которым относятся диагностические категории Bethesda III-V. По данным исследований 35-45% ТАБ ЩЖ остаются безрезультатными, что объясняется либо неинформативностью материала, либо неясной цитологической картиной категории Bethesda III-V. Повторная ТАБ может помочь установить диагноз в 72-80% неопределенных образований. Однако при цитологическом исследовании невозможно определить капиллярную или сосудистую инвазию опухоли.

Согласно общепринятому определению, аденомой называют узел, построенный из однотипного эпителия, отличающегося от эпителия окружающей ЩЖ и состоящий из однотипных фолликулов, характерных для данного узла. Как правило, образование отграничено от окружающих тканей соединительнотканной капсулой.

Фолликулярная аденома, доброкачественная инкапсулированная тиреоидная опухоль. Макроскопически представляет собой солитарный узел округлой или овальной формы с вариабельными размерами. Микроскопически фолликулярные аденомы отличаются от узлового зоба наличием четкой капсулы и более мономорфным строением. При малейшем сомнении в доброкачественности новообразования ставится диагноз «неоплазия» и рекомендуется проведение гистологических исследований во время и после операции.

Диагностика папиллярного, медуллярного и недифференцированного раков ЩЖ, как правило, не представляет особой сложности, однако, значительные трудности возникают при определении критериев злокачественности высоко-дифференцированных фолликулярных раков. До сих пор они не могут быть надежно различимы цитологически от фолликулярных аденом. Таким образом, рядом авторов принят термин «Фолликулярная опухоль» или «Фолликулярная пролиферация», отражающий сложность разграничения упомянутых новообразований и объединяющий их в одну группу по типу строения.

Новикова М.К.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

*ГУЗ Забайкальский краевой онкологический диспансер  
(главный врач – Пимкин М.Г.)*

Пациент В. 1960 года рождения. На Д учете в КОД с 2014 г. с диагнозом Рак мочевого пузыря I ст. T1N0M0. ТУР в 2014 г., регулярно наблюдался у онкоуролога. С августа 2020г, когда стала подниматься температура тела до 37,2 °С, появилась одышка при физической нагрузке, кашель с мокротой. Обратился в ЦРБ по месту жительства, на ФЛГ в ноябре 2020 г. – выявлена опухоль правого легкого. Направлен в КОД, дообследован. При обследовании данных за рецидив рака мочевого пузыря не выявлено. Обследован по раку легкого КТ ОГК, ОБП от 09.11.2020 г. В корне правого легкого определяется бугристое образование размерами 80x70x60 мм, образование обтурирует правый бронх. Конгломераты лимфоузлов в корне и на уровне бифуркации. Увеличены паратрахеальные лимфоузлы до 14 мм. В правой доле печени определяется участок пониженной плотности, размерами 50x40 мм. = Центральный т-г правого легкого с признаками лимфангита, застойных изменений. Mts в правое легкое, лимфоузлы средостения, печени. ФБС от 16.11.2020 г. – Справа промежуточный бронх полностью обтурирован опухолью на уровне верхнедолевой шпоры. Биопсия. = Опухоль легкого с локализацией в промежуточном бронхе справа. Гистологическое заключение № 201408407 от 19.11.2020 г. – рост мелкоклеточного рака с распространенным краш синдромом. Представлен на ВОК от 18.12.2020 г. Ds: Центральный рак (мелкоклеточный) правого легкого IV ст. T3N2M1, метастазы в печень. Рекомендовано проведение ПХТ с паллиативной целью Согласно клиническим рекомендациям больному проведено 5 курсов ПХТ по схеме EP + атезолизумаб (цисплатин 75мг /м<sup>2</sup> 1 день, этопозид 100 мг /м<sup>2</sup> 1 день, Атезолизумаб 1200 мг в 1-й день); цикл 21 день перенес без осложнений. Проведено контрольное обследование после 5 курсов. Эффект: регресс первичной опухоли на 80 %, регресс метастаза в печени 70 %. Далее больной получал поддерживающее введение иммунотерапии. Проведено 14 поддерживающих введений атезолизумабом (1 линия). Атезолизумаб 1200 мг в 1-й день; цикл 21 день.

При очередном контрольном обследовании по данным КТ ОГК, ОБП, головного мозга данных за прогрессирование не выявлено. КТ ОБП с контрастом от 03.01.22 г. – структура паренхимы печени неоднородная за счет гиповаскулярного образования в S VI, размерами 15x16x18 мм, не накапливает контраст (в сравнении с иссл. от 01.12.2020 г. – положительная динамика). В S VII, S VIII определяются мелкие жидкостные образования с четкими контурами до 6 мм, не накапливают контраст. = Гиповаскулярное образование правой доли печени с положительной динамикой. Кисты печени. Перипельвикальные кисты КТ головного мозга с контрастом от 03.12.21 г. – Энцефалопатия. Киста прозрачной перегородки. КТ ОГК от 03.01.22 г. образование корня правого легкого 16\*8 мм, в правом легком солидный очаг 9\*8 мм в S 6 перибронхиально 24\*10 мм. Заключение: образование корня правого легкого, очаговые изменения правого легкого, вероятно, вторичного характера. Динамика расценивалась как частичная регрессия по критериям RECIST 1.1. Продолжено введение препарата в прежнем режиме до прогрессирования, с оценкой эффекта каждые три месяца. В январе 2022 г. КТ картина без отрицательной динамики

**Вывод.** Эффективная фармакотерапия с 01.01.2020 г привела к частичной до 80% регрессии опухоли и сохраняется на протяжении 25 месяцев лечения. Пациент продолжает введение атезолизумаба. Клинически состояние пациента (на февраль 2022 г.) без отрицательной динамики, ECOG – 0. Введение препарата переносит удовлетворительно, побочных явлений препаратом иммунотерапии отмечено не было, качество жизни не страдает. Пациент ведет активный образ жизни. Следующее контрольное обследование запланировано на апрель 2022 г.

Каюкова Е.В.<sup>1</sup>, Кривошеева И.А.<sup>2</sup>, Мазаева М.А.<sup>1</sup>

## ЗНАЧЕНИЕ БИОПСИИ СТОРОЖЕВОГО ЛИМФОУЗЛА В ПРАКТИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Читинская медицинская государственная академия  
(ректор – д.м.н., доцент Зайцев Д.Н.)

<sup>2</sup>ГУЗ Забайкальский краевой онкологический диспансер (главный врач – Пимкин М.Г.)

**Актуальность.** Предоперационная оценка состояния регионарных лимфоузлов у онкологических больных играет огромную роль в определении оптимальной тактики лечения и прогноза заболевания. Проведение лимфаденэктомии сопровождается сопряжено с возникновением осложнений. В настоящий момент объем оперативного вмешательства на регионарных лимфоузлах при таких локализациях, как рак молочной железы и меланомы кожи, ограничены строгими показаниями. Профилактическая лимфаденэктомия у пациентов со статусом лимфоузлов N0 при данных новообразованиях не увеличивает выживаемость. Поэтому возникает необходимость определения состояния лимфоузлов 1-го порядка с помощью их биопсии.

Для начала стоит пояснить суть самой методики. Биопсия сторожевого лимфатического узла – это диагностическая процедура, которая используется для определения состояния сигнальных лимфатических узлов. Сторожевой лимфатический узел – это первый лимфатический узел на пути оттока лимфы от первичной опухоли. Соответственно, наличие в нем метастазов уже свидетельствует о том, что могут быть поражены и другие регионарные лимфатические узлы. Однако при отсутствии в сигнальных лимфоузлах метастазов говорит о том, что другие регионарные лимфатические узлы не поражены.

**Целью исследования** являлась оценка диагностической эффективности проведения биопсии сторожевого лимфоузла при раке молочной железы и меланоме кожи для рационального планирования объема оперативного вмешательства и профилактики осложнений при лимфаденэктомии.

**Материалы и методы.** Методика биопсии сторожевого лимфоузла была проведена на базе ГУЗ КОД г.Чита. Выборка состояла из 32 человек (30 женщин (93%) и 2 мужчин (7%)), из которых 28 пациентов (87%) с раком молочной железы и 4 пациента (13%) с меланомой кожи.

Среди пациенток с раком молочной железы по гистологическому типу 25 пациенток (89,5%) с дольковой инфильтрирующей карциномой, 1 пациентка (3,5%) с инфильтрирующей карциномой неспецифического типа, 1 пациентка (3,5%) с инвазивным микропапиллярным раком, 1 пациентка (3,5%) с внутрипротоковой карциномой. По иммуногистохимическому типу в 100% случаях пациентки имеют люминальный тип В, из них 23 пациентки (82%) HER2neu-негативный и 5 пациенток (18%) HER2neu-позитивный. По данным объективного осмотра у 5 пациенток отмечалось увеличение лимфоузлов до 2 см, а по результатам ультразвукового исследования у 9 пациенток визуализировались изменения лимфоузлов (увеличение размеров регионарных лимфоузлов у 8 пациенток, изменение структуры лимфоузлов у 1 пациентки). У 14 человек не наблюдалось патологии лимфоузлов как при объективном осмотре, так и при УЗ-исследовании (таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных по стадиям при раке молочной железы

TNM	Стадия	Количество пациентов
pT1aN0M0	Ia	5
pT1bN0M0	Ia	3
pT1cN0M0	Ia	12
pT2N0M0	IIa	6
pT2N0M0	IIb	1
pT1N1M0	IIb	1

**Региональная научно-практическая конференция  
«ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОНКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ»**

Среди пациентов с меланомой кожи по гистологическому типу 4 пациента (100% случаев) имели поверхностно распространяющуюся форму. По данным объективного осмотра и результатам ультразвукового исследования в 100% случаев не наблюдалось изменений в регионарных лимфоузлах. Стадирование указано в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных по стадиям при меланоме кожи

Локализация, TNM	Стадия	Количество пациентов
Меланома кожи левой щечной области pT3bN0M0	IIb	1
Меланома кожи правого плеча pT4bN0M0.	IIb	1
Меланома кожи стопы справа pT4N0M0	IIc	1
Меланома кожи спины pT4aN0M0.	IIc	1

Методика проведения биопсии сторожевого лимфоузла заключается в введении радиофармпрепарата с помощью инсулинового шприца на расстоянии 1-2 см от опухолевого образования. У всех пациентов был использован препарат Технеций 99. Вещество вводилось за 1 день до проведения оперативного вмешательства для того, чтобы зафиксировать накопление препарата в области сторожевого лимфоузла. Через 60 минут после инъекции выполнялась планарная лимфосцинтиграфия, в ходе которой в 100% случаев было зафиксировано накопление радиофармпрепарата в сигнальных лимфоузлах.

Затем, на следующий день в 9:30 пациенты направлялись в операционную. Для интраоперационного или чрезкожного определения сторожевого лимфатического узла используется специальный гамма-детектор «RadPointer-Gamma», изготовитель ООО «МедикормФарма-Урал». С помощью датчика на цифровом дисплее отображается значение накопления радиофармпрепарата, причем показатели должны быть четко видны на расстоянии не менее 2 м и соответствовать звуковому сигналу, который издает прибор. Например, при меланоме кожи определение сторожевого лимфоузла будет наиболее точно, поскольку лимфатический узел и новообразование находятся на достаточно большом расстоянии, а при раке молочной железы, наоборот, будут возникать затруднения, так как лимфатический узел и опухоль расположены близко друг к другу и, к тому же, процедура осложняется низким накоплением препарата в сигнальном лимфоузле. Однако, в 100% случаев на стороне поражения наблюдалось накопление радиофармпрепарата.

**Результаты.** После определения сигнального лимфоузла проводят его гистологическое исследование. Так как нужно как можно быстрее определить, есть ли метастатическое поражение в сторожевом лимфоузле или нет, проводят срочное гистологическое исследование, которое по времени занимает не более 15-20 минут. И, несмотря на то, что исследование проводится довольно быстро, это никак не влияет на его точность. Статус лимфатических узлов макро- и микроскопически у 31 пациента (т.е. в 96% случаев) без метастатического поражения. У 1 пациентки с раком молочной железы в проводке в краевом синусе был обнаружен метастаз инфильтрирующей карциномы до 0,2 см, без выхода в паранодальную клетчатку, после чего ей была проведена профилактическая лимфаденэктомия и по результатам гистологического исследования в подмышечных лимфоузлах метастатического поражения не обнаружено.

**Заключение.** Таким образом, определение статуса сигнальных лимфоузлов все больше используется в онкологической практике. Это связано не только с уменьшением объема оперативного вмешательства, но и профилактикой возможных осложнений. В частности, для пациенток с раком молочной железы данная методика является прогностически значимой для предотвращения лимфостаза, так как нет смысла проводить профилактическую лимфаденэктомию при отрицательном результате гистологического исследования сигнальных лимфоузлов. Также стоит отметить, что именно биопсия сторожевого лимфоузла при меланоме кожи и раке молочной железы уже входит в медицинские стандарты лечения данных ЗНО во многих зарубежных странах, что говорит о необходимости индивидуализованного подхода для определения, в первую очередь, объема оперативного вмешательства.

Дедюхина К.С.

## СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА

*ГУЗ Забайкальский краевой онкологический диспансер  
(главный врач – Пимкин М.Г.)*

Острые миелоидные лейкозы – клональные опухолевые заболевания кроветворной ткани, связанные с мутацией в клетке-предшественнице гемопоэза, следствием которой является блок дифференцировки и бесконтрольная пролиферация незрелых миелоидных клеток. В год в среднем заболевают 3-5 человек на 100 тысяч населения. Заболеваемость резко возрастает в возрасте старше 60 лет, медиана возраста составляет 65 лет. Несмотря на достижения в терапии, пятилетняя выживаемость пациентов с диагностированным ОМЛ остается низкой – около 28%. В силу возраста пациентов и наличия сопутствующих заболеваний не все больные могут перенести интенсивную индукционную химиотерапию.

Венетоклакс – низкомолекулярный селективный ингибитор белка BCL-2, действие которого основано на стимуляции апоптоза путем регулирования соотношения и взаимодействия анти- и проапоптотических белков семейства гена Bcl-2. Данные многочисленных исследований показали, что венетоклакс обладает высокой эффективностью и низким профилем токсичности как при использовании в монорежиме, так и в комбинации с другими препаратами.

**Цель:** показать эффективность и значимость терапии венетоклаксом у пожилых коморбидных пациентов с острым миелобластным лейкозом.

**Материалы и методы.** Представление клинического случая диагностики и успешного лечения пожилого пациента с тяжелой коморбидной патологией и впервые выявленным острым миелобластным лейкозом.

Пациент 1952 г.р., (на момент начала заболевания 69 лет) с сопутствующей патологией: ХОБЛ, эмфизематозный вариант, среднетяжелое течение, высокий риск обострений, класс D, обострение. ДН 2. ХЛС, субкомпенсация.

ИБС. Стабильная стенокардия 2 ф.кл. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, риск по CHADS VASc5b, HASBLED 4b. ХСН IIa, 3 ф.кл. с нормальной ФВ. Атеросклероз аорты, мозговых артерий. Гипертоническая болезнь III ст., достигнут целевой уровень АД, риск 4. АКО I ст. (ИМТ 36,4 кг/м<sup>2</sup>).

С апреля 2021 г. отмечал появление одышки, усиливающейся при минимальной физической нагрузке, выраженную слабость.

Обратился в дежурный стационар. В гемограмме обращала внимание тяжелая анемия, Hb 48 г/л, лейкопения  $2,89 \cdot 10^9$ /л.

Проводилась заместительная гемкомпонентная терапия (переливание одногруппной эритромаcсы).

Выполнена стерильная пункция. В миелограмме бласты 56,8%.

Выставлен диагноз: Острый неуточненный лейкоз, впервые выявленный.

Для дальнейшего лечения пациент переведен в отделение химиотерапии гемобластозов ЗКОД.

С целью верификации диагноза, уточнения морфологического варианта опухолевых клеток повторно выполнена стерильная пункция, костный мозг направлен на морфологическое, цитогенетическое, иммунофенотипическое исследования.

В миелограмме субтотальная бластная пролиферация (бласты 64%). Бласты преимущественно средних размеров с высоким ядерно-цитоплазматическим соотношением, округлой или неправильной формой ядер с 1-3 нуклеолами. Цитоплазма базофильная. В единичных клетках отмечаются азурофильная зернистость и палочки Ауэра. В препаратах присутствуют клетки стромы (жировые клетки, фибробласты).

**Региональная научно-практическая конференция**  
**«ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОНКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ»**

---

Цитохимические реакции: МПО положительная в 10%, PAS отрицательная, ФЛ положительная в 4%.

По результатам иммунофенотипирования в костном мозге выявлена бластная популяция 53,54% с абберантным иммунофенотипом соответствующим острому миелоидному лейкозу.

При стандартном цитогенетическом исследовании нормальный кариотип (46ху) в 20 метафазах.

В гемограмме: Нв 58 г/л, лей  $0,96 \cdot 10^9$ /л, тр  $17 \cdot 10^9$ /л, АЧН  $0,31 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 70 мм/час.

Учитывая тяжелую анемию, тромбоцитопению, проводилась заместительная гемкомпонентная терапия.

16.05 повышение Т до 39 °С, к лечению добавлена двухкомпонентная антибактериальная, противогрибковая терапия.

17.05 – резкое ухудшение состояния за счет нарастания дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности.

17.05 – в 5.10 переведен в ОРИТ.

По данным КТ ОГК от 17.05.2021, различных отделах обоих легких определяются инфильтраты 5-15 мм, сливающиеся в конгломераты. Наибольший объем поражения в S2 справа и S9-10 слева. Едичные лимфоузлы средостения увеличены до 14 мм. = 2-х сторонняя полисегментарная очагово-сливная пневмония. Лимфаденопатия.

Осмотрен терапевтом, выставлен диагноз: Вторичная иммунодефицитная двусторонняя полисегментарная пневмония с неуточненным возбудителем. ДНШ.

ХОБЛ, эмфизематозный вариант, тяжелое течение (III спирографическая стадия), высокий риск обострений, класс D, обострение. ДН III. ХЛС, субкомпенсация.

Проведена коррекция антибактериальной терапии: Меропенем 1 гр\*2 раза в сутки, Левофлоксацин 500 мг\*2 раза в сутки, к лечению добавлен Позаконазол 5 мл\*3 раза в день.

17.05. в 19.15 отрицательная динамика, нарастание дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности, пациент переведен на ИВЛ, проводилась инотропная поддержка норадреналином.

19.05. пароксизм фибрилляции предсердий.

ЭхоКГ: ЗАКЛЮЧЕНИЕ: исследование на фоне фибрилляции предсердий. ФВ 61%. по ЭхоКГ мелкоочаговый фиброз межжелудочковой перегородки, признаки незначительной неравномерной гипертрофии миокарда левого желудочка.

Умеренное расширение левого предсердия, относительная митральная недостаточность 2 степени. Признаки легочной гипертензии P sist 39мм.рт.ст.

Умеренное расширение правого предсердия, относительная трикуспидальная недостаточность 2 степени. Атеросклеротическое поражение стенок аорты, аортальных и митральных створок, незначительный кальциноз аортального и митрального клапанов, аортальная регургитация I степени. Признаки наличия незначительного количества свободной жидкости в полости перикарда.

Осмотрен кардиологом, скорректирована терапия, ритм восстановлен, гемодинамика нестабильная.

20.05 по данным Rg ОГК – двухсторонняя пневмония (справа тотальное поражение). Бронхопульмональная лимфаденопатия. При сравнении со снимками КТ от 17.05 рентгенологически отрицательная динамика.

С 25.05.2021 проведена эскалация антибактериальной терапии (добавлен линезолид)

27.05.2021 контроль Rg ОГК: признаки правосторонней субтотальной пневмонии, левосторонней нижнедолевой пневмонии. Базальный пневмосклероз. Бронхопульмональная лимфаденопатия. По рентген-картине отрицательная динамика.

27.05.2021 осмотрен сосудистым хирургом, выставлен диагноз подострый посткатетерный тромбоз вен локтевого сгиба слева и справа.

**Региональная научно-практическая конференция**  
**«ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОНКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ»**

---

31.05.2021 КТ ОГК динамика отрицательная. Двусторонняя полисегментарная очагово-сливная пневмония. Лимфаденопатия. Двусторонний плеврит. Миокардит? Асцит. Изменения могут быть проявлением основного заболевания.

По данным ЭхоКГ от 31.05.2021 – мелкоочаговый фиброз межжелудочковой перегородки, признаки незначительной неравномерной гипертрофии миокарда левого желудочка. Умеренное расширение левого предсердия, относительная митральная недостаточность 2 ст. Признаки легочной гипертензии Psist 41 мм.рт.ст. Умеренное расширение правого предсердия, относительная трикуспидальная недостаточность 2 степени. Гипертрофия миокарда правого желудочка. Нарушение диастолической функции правого и левого желудочков по гипертрофическому типу. Атеросклеротическое поражение стенок аорты, аортальных и митральных створок, незначительный кальциноз аортального и митрального клапанов, аортальная регургитация 1 степени. Признаки наличия незначительного количества свободной жидкости в полости перикарда. Во время исследования регистрировалось нарушение ритма по типу экстрасистолии. ФВ 63%.

31.05.2021 осмотрен кардиологом: Острый неревматический миокардит. ХСН ПБ, 3 ф.кл.

Учитывая длительность панцитопении, обусловленной течением основного заболевания, благоприятный исход инфекционных осложнений без редукции опухолевого объема представлялся крайне сомнительным.

Принимая во внимание коморбидность пациента, тяжесть его состояния, начало терапии острого лейкоза в стандартных режимах было сопряжено с высоким риском развития фатального состояния.

С 03.06.2021 начат 1 курс неинтенсивной терапии в режиме азациитидин 75 мг/м<sup>2</sup> (150 мг) п/к в дни 1-7, венетоклакс 100 мг per os в дни 1-28, на фоне продолжения сопроводительной эмпирической терапии, гемотрансфузии и поддержания витальных функций.

04.06.2021 по данным контрольной Rg ОГК – двусторонняя пневмония с положительной динамикой.

07.06.2021 в 11.50 выполнена экстубация трахеи, продолжена подача увлажненного кислорода через лицевую маску.

Rg ОГК от 07.06.2021 двусторонняя пневмония со слабо положительной динамикой.

11.06.2021 у пациента клинически отрицательная динамика: сохраняется гипертермия, нестабильная гемодинамика поддерживается введением норадреналина, по данным Rg ОГК увеличение объема инфильтрации.

11.06.2021 повторно осмотрен кардиологом, скорректирована терапия.

11.06.2021 УЗИ абдоминальное, почек: увеличение и диффузные изменения печени. Состояние после холецистэктомии. Диффузные изменения поджелудочной железы. Увеличение селезенки. Увеличение, снижение кровотока обеих почек.

11.06.2021 совместно с клиническим фармакологом принято решение, учитывая ранее высокую предлеченность, сменить антибактериальную терапию: Ципрофлоксацин 100,0\*2 раза в сутки в/в, Меропенем 1,0\*3 раза в сутки в/в, Ванкомицин 1,0\*2 раза в сутки.

15.06.2021 рентгенологически двусторонняя пневмония. Бронхопульмональная лимфаденопатия. В сравнении с состоянием от 11.06.2021 положительная динамика.

За время нахождения пациента в ОРИТ сохранялась трансфузионная зависимость.

На фоне интенсивной терапии отмечалось улучшение показателей гемограммы, стабилизация гемодинамики.

18.06.2021 пациент переведен в отделение химиотерапии гемобластозов.

21.06.2021 Rg ОГК правосторонняя сегментарная пневмония. Диффузный пневмосклероз. Малый двусторонний плеврит. Расширение средостения.

На фоне лечения сохранялась лихорадка до 38 °С, с 22.06 к лечению добавлен Анидулофунгин 200 мг в 1 день, далее по 100 мг в/в кап.

**Региональная научно-практическая конференция  
«ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОНКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ»**

По данным Rg ОГК от 25.06.2021 правосторонняя сегментарная пневмония, положительная динамика от 21.06. Диффузный пневмосклероз. Малый двусторонний плеврит. Расширение средостения.

На 22 день терапии в режиме венетоклакс+азацитидин на фоне сопроводительной терапии, антибактериальной, противогрибковой терапии лихорадка купирована, состояние пациента удовлетворительное, отсутствует трансфузионная зависимость, необходимость в кислородной поддержке.

В гемограмме от 29.06.2021: Нв 87 г/л, лей 4,74\*10<sup>9</sup>/л, тр 409\*10<sup>9</sup>/л, АЧН 2,5\*10<sup>9</sup>/л.

На 27 день терапии в режиме венетоклакс+азацитидин выполнена стерильная пункция.

В миелограмме миелокариоциты 85\*10<sup>9</sup>/л, бласты 0, промиелоциты 2,4%.

По результатам иммунофенотипирования в костном мозге клеток с абберантным фенотипом не выявлено.

Констатирована 1 костно-мозговая ремиссия, MRD -.

**Заключение.** Пациент провел в стационаре 56 койко-дней, из них 33 в ОРИТ.

На фоне терапии венетоклаксом в комбинации с азацитидином удалось достичь ремиссии, восстановления показателей гемограммы и разрешения инфекционных осложнений.

Пациент продолжает терапию венетоклаксом, сохраняется ремиссия.

После достижения ремиссии лечение переносит удовлетворительно, проявлений гематологической, негематологической токсичности не отмечалось.

**Выводы.** Данный клинический случай наглядно демонстрирует необходимость терапии острого лейкоза у пожилых, коморбидных пациентов. Доступность неинтенсивной терапии обеспечивает возможность лечения данной категории пациентов.

**Петрова Е.Ю.**

## **ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С УРОЛОГИЧЕСКИМИ СТОМАМИ**

*ГУЗ Забайкальский краевой онкологический диспансер  
(главный врач – Пимкин М.Г.)*

В России, как и во всем мире, постоянно растет число людей, перенесших операции по наложению стомы в связи с различными заболеваниями, аномалиями или травмами. По данным ВОЗ, число стомированных пациентов на 100 000 населения составляет 100-150 человек. Несмотря на высокий уровень хирургической реабилитации, число стомированных пациентов в России приближается к 180 000 человек, из них примерно 38%-50% – больные трудоспособного возраста.

Актуальность темы обусловлена тем, что появляется все больше и больше людей со стомами, которые зачастую не знают, как вести себя с ними.

Цель: проанализировать работу «Школы здоровья для пациентов с урологическими стомами».

Для реализации поставленной цели сформулированы следующие задачи:

1. Изучить работу данной школы здоровья.
2. Провести анализ работы школы здоровья.
3. Оценить эффективность и качество оказываемых реабилитационных услуг.

**Методы исследования.** Анкетирование. За период 2020-2021 гг. проанкетировано 88 пациентов, прооперированных с наложением стомы.

**Результаты.** За 2020 г. проведено 125 занятий, на которых обучено 46 стомированных пациентов. В 2021 г. проведено 116 занятий, обучено 42 стомированных пациента.

Большой процент больных, обучающихся в «школе», составляют пациенты трудоспособного возраста, а также пациенты, проживающие в районах края. При оказании медико-

социальной помощи данной категории пациентов требуется разработать систему реабилитационных мероприятий, которые должны быть направлены на повышение качества сохраненной жизни.

На вопрос «Я получил возможность на практике освоить уход за стомой» 65% пациентов ответили, что получили полную возможность осуществить уход за стомой, 26% частичную возможность и 9% минимальную возможность или не получили возможности. Это было связано с тем, что некоторые пациенты были не в состоянии оказать себе уход в связи с тяжестью своего состояния или же у них был строгий постельный режим в послеоперационном периоде. В случаях получения частичной и минимальной возможности осуществлять уход за стомой были проведены повторные занятия по обучению с пациентом, а при наличии тяжелого состояния занятия проводились с родственниками и опекунами пациентов.

**Выводы:**

1. Обучение в «Школе для пациентов с урологическими стомами» показало свою эффективность и необходимость продолжения его усовершенствования на базе медицинской организации.
2. В реабилитации стомированных пациентов существенная проблема связана с отсутствием знаний по стоматерапии у медицинских работников. Профессиональная ниша в медицинской реабилитации стомированных пациентов должна быть заполнена специально подготовленными медицинскими сестрами с высшим и средним медицинским образованием.
3. Разработанная организационно-функциональная модель комплексной реабилитации стомированных пациентов должна основываться на принципах преемственности, этапности и непрерывности реабилитационного воздействия и реализовываться на базе территориальных медицинских организаций и органов социальной защиты, а также общественных организаций, представляющих интересы стомированных пациентов.

**Практические рекомендации**

1. С целью обеспечения организации и координации работы учреждений, занимающихся проблемой медико-социальной и психотерапевтической реабилитации стомированных инвалидов целесообразно создать при департаментах здравоохранения органов местного самоуправления (районных, городских, областных) Координационные центры.
2. Для коррекции психологического состояния стомированных пациентов рекомендуются методы рациональной психотерапии, позитивной психотерапии, особенно у онкологических больных, групповая психотерапия (в отдаленный реабилитационный период).
3. При оказании медико-социальной помощи стомированным пациентам рекомендуется рассматривать пациента и его семью как единое целое. Семья, с согласия пациента, должна быть проинформирована о заболевании близкого человека, методах лечения и их последствиях для больного. Оказание психотерапевтической помощи по типу семейного консультирования дает возможность членам семьи разобраться в своих чувствах и чувствах окружающих; стимулирует реакцию приспособления; помогает избежать поведения, усиливающего дезадаптацию, и способствует реорганизации жизни семьи с учетом интересов пациента.
4. Занятия в "Школе стомированного пациента" является наиболее доступным и эффективным методом работы со стомированным пациентом и его семьей. Гигиеническое воспитание более эффективно с применением группового метода, так как мотивация в поддержании здоровья и преодолении «болезни» у стомированных пациентов базируется на удовлетворении потребности в общении и социальных контактах.
5. Для целенаправленного управления реабилитационным процессом рекомендуется использовать "Шкалу оценки уровня реабилитационного потенциала". Наблюдение за динамикой реабилитационного потенциала позволит провести оценку правильности выбора объема восстановительных мероприятий и их эффективности. В качестве критериев эффективности реабилитационного воздействия рекомендуется рассматривать: положительную динамику уровня реабилитационного потенциала, число послеоперационных осложнений, полноту охвата стомированных инвалидов медико-социальной помощью и степени их удовлетворенности получаемой помощью.

6. В целях улучшения медицинского обслуживания стомированных пациентов в системе "медицинский работник-пациент" рекомендуется: повысить квалификацию медицинского персонала медицинских организаций по вопросам стоматерапии путем включения в программу преддипломной подготовки специалистов со средним медицинским образованием разделов по основам стоматерапии; ввести в медицинских организациях, где проводятся стомирующие операции, должность сестры-стоматерапевта и медицинских психологов для проведения предоперационной подготовки, послеоперационного наблюдения стомированных больных и профилактики ятрогенных осложнений. Решение проблем организации стоматерапевтической помощи может быть возложено на медицинских сестер с высшим и средним образованием.

**Позякина Е.А.**

**УПРАВЛЕНИЕ РИСКОМ ПАДЕНИЯ ПАЦИЕНТА  
В ГУЗ «ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР».  
НЕОБХОДИМОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ СОП**

*ГУЗ Забайкальский краевой онкологический диспансер  
(главный врач – Пимкин М.Г.)*

Здравоохранение является сферой деятельности повышенного риска. Выделяют следующие направления медицинской деятельности, содержащие риски: идентификация пациентов; безопасность среды; безопасность медицинских изделий; эпидемиологическая безопасность; хирургическая безопасность; безопасность при выполнении переливания крови; безопасность при использовании лучевых методов; уход за пациентами.

Одним из рисков, требующим внимания при организации безопасной среды медицинской организации, являются риски падения. Падения являются значительной проблемой общественного здравоохранения во всем мире. По данным ВОЗ, ежегодно происходит 424 000 смертельных падений, что делает падения второй по значимости причиной смерти от непреднамеренных травм после дорожно-транспортных травм. Более 80 % случаев смерти, связанных с падениями, происходят в странах с низким и средним уровнем дохода. Во всех регионах мира самые высокие показатели смерти отмечаются среди людей старше 60 лет. Ежегодно происходит 37,3 миллиона падений, которые не являются смертельными, но, тем не менее, имеют достаточно тяжелые последствия, при которых требуется медицинская помощь. Экономика падений и финансовые расходы, связанные с травмами в результате падений, подтверждают также актуальность проведения профилактических мероприятий и введения программ по предотвращению нежелательных событий.

В ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер» в 2019 году в рамках реализации проекта по внедрению «Практических рекомендаций по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации» одним из направлений работы стал раздел по организации безопасной среды.

Проведен внутренний аудит в ГУЗ КОД по следующим критериям:

1. Наличие в ГУЗ КОД системы профилактики падений.
2. Организация помощи пациентам с высоким риском падений.
3. Безопасная планировка отделения, палат, туалетов, душевых и ванных комнат с учетом рисков падений.
4. Оптимальный выбор напольного покрытия и стен.
5. Оптимальная организация освещения.
6. Безопасные кровати.
7. Информирование пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики падения.
8. Система регистрации сбора информации о случаях падений пациентов.

**Региональная научно-практическая конференция  
«ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОНКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ»**

---

По окончанию аудита мы получили следующие результаты, а именно 18 % соответствия исследуемого раздела «Безопасность медицинской среды».

Риск падения у пациентов в ГУЗ КОД.

Падения – внезапное не контролируемое, не планируемое перемещение тела на пол, или какой-либо другой более низкий уровень за исключением случаев преднамеренного применения силы со стороны другого лица.

Причины и факторы, приводящие к падениям в ГУЗ КОД:

- Возраст пациента
  - пожилые пациенты
  - дети
- Основное заболевание
  - состояние пациента
  - стадия заболевания
  - распространенность опухолевого процесса
  - локализация опухолевого процесса
- Ранний послеоперационный период
  - измененные показатели гемодинамики пациента
  - активизация пациента
  - боль
  - выраженная слабость
  - дренажи, повязки, стомы, катетеры
- Лекарственная терапия
  - химиотерапевтическое лечение
  - неблагоприятные реакции на лекарства
- Сопутствующие медицинские состояния
  - неврологические, сердечные или другие ограничивающие функции состояния
- Больничная среда
  - не приспособленные здания
  - асфальтовое покрытие территории
  - лестницы
  - пороги
  - дверные проемы

Риск падений в ГУЗ КОД на сегодняшний день сохраняется. Для управления данным риском, была разработана стандартная операционная процедура «Порядок оценки риска, профилактики и регистрации падений в ГУЗ КОД» с целью распределения ответственности между сотрудниками, детализации процесса до уровня исполнителей, однозначного понимания требований всеми участниками процесса, представления персоналу единых, простых и понятных инструкций.

СОП «Порядок оценки риска, профилактики и регистрации падений в ГУЗ КОД» имеет следующую структуру:

1 этап. «Оценка риска развития падений на всех этапах оказания медицинской помощи в ГУЗ КОД», данный этап отражает процесс тотального выявления риска падения на любом этапе оказания медицинской помощи.

2 этап.

Вариант 1 «Профилактика падений пациента в стационаре ГУЗ КОД», содержит в себе инструкции по профилактике падений на стационарном этапе лечения и критерии проведения повторной оценки риска падения.

Вариант 2 «Профилактика падений пациента в поликлинике, диагностических отделениях ГУЗ КОД». Количество пациентов, ежедневно получающих помощь в диагностических структурных подразделениях и поликлинике ГУЗ КОД, достигает 400, поэтому инструкция для персонала данных структурных подразделений так же необходима и отлична от стационарных.

3 этап. «Действия при обнаружении пациента со средним, высоким риском падения», данный этап описывает действия любого сотрудника ГУЗ КОД, в том числе и не медицинского персонала в отношении человека с риском падения.

4 этап. «Мониторинг мероприятий по профилактике падений», необходим для проведения анализа результативности введенной программы по профилактике падений в ГУЗ КОД и внесения изменений и корректирующих мероприятий.

После утверждения стандартной операционной процедуры, необходимо обеспечить обучение персонала, затем оценить знания персоналом алгоритма, провести оценку исполнения алгоритма путем прямого наблюдения. По результатам провести анализ результативности действий, предпринятых в отношении риска и возможностей.

Для успешного управления риском и достижения максимального результата, каждый участник выполняет действия, прописанные в стандартной операционной процедуре. Данный процесс не должен рассматриваться как изолированный, все сотрудники должны быть вовлечены в процесс управления риском.

**Каюкова Е.В., Асланова А.Т.К.**

### **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ВУЛЬВЫ**

*ФГБОУ ВО Читинская медицинская государственная академия  
(ректор – д.м.н., доцент Зайцев Д.Н.)*

Рак вульвы (РВ) является довольно редким видом злокачественных новообразований наружных половых органов у женщин. В России данная локализация занимает примерно 3-4 случая на 100 тысяч женского населения, уступая место опухолям шейки матки, яичников и эндометрия. Независимо от того, что данное заболевание вульвы относится к опухолям визуальных локализаций, свыше 70% пациенток обращаются к врачам-гинекологам лишь на поздних стадиях, т.е. на III-IV. Прирост заболеваемости раком вульвы за период с 2012 по 2019 годы составил около 11%.

Несмотря на наружную локализацию и доступность визуальной диагностики, около 50% случаев рака вульвы выявляются на распространенных стадиях процесса.

Повышение заболеваемости связывают с недостаточностью тщательных осмотров в гинекологическом кабинете, во время которых есть большая вероятность пропустить либо предрак, либо уже начальную стадию опухолевого процесса.

По современным представлениям в патогенезе возникновения рака вульвы считаются метаболические и нейродистрофические изменения, такие как крауроз и лейкоплакия, свойственные женщинам пожилого возраста, а также иммунодефицит, способный создать условия для возникновения рака.

Наряду с увеличением доли молодых пациенток репродуктивного возраста, не имеющих в анамнезе дис- и атрофических изменений вульвы, метаболических нарушений, а также хронических инфекций, способных вызвать иммунодепрессию, а также, учитывая возможную связь канцерогенеза возникновения рака шейки матки, был выделен патогенетический вариант инфицированности молодых женщин вирусом папилломы человека. В ходе исследований были обозначены 2 патогенетических варианта развития РВ:

1 вариант – позитивный кондиломатозный – наблюдается обычно у молодых пациенток с внутриэпителиальным раком (vulvar intraepithelial neoplasia – VIN) I–III степени тяжести;

2 вариант – негативный кератозный – встречается преимущественно у женщин пожилого и старческого возраста (старше 55 лет), ассоциирован с дистрофическими процессами.

**Цель исследования:** изучить частоту распространенности рака данной локализации на разных стадиях, сроки возникновения рецидивов в зависимости от стадии заболевания, морфологической верификации и метода проведенного лечения.

**Материалы и методы.** Выполнен ретроспективный анализ медицинской документации пациенток, проходивших лечение в Забайкальском онкологическом диспансере за период 2019-2022 гг.

**Результаты исследования.** Согласно эпидемиологическим данным организационно-методического кабинета ЗКОД заболеваемость РВ на последние 3 года не изменилась (2019 г. – 2,5 на 100 тыс. населения, 2020 г. – 2,7 на 100 тыс. населения, 2021 г.- 2,2 на 100 тыс. населения).

Изучены и проанализированы клинико-эпидемиологические особенности РВ у 80 больных, которые проходили лечение и находились под наблюдением ГУЗ КОД за 2019-2021 гг. Когорту больных составляли пациенты в возрасте от 25 до 85 лет. Основные возрастные группы больных приходились на 25-35 лет – 13 человек (16,25%), 36-45 лет – 18 человек (22,5%), 46-55 лет – 25 человек (31,25%). Категории больных в возрасте 36-45 лет и 46-55 лет были по 10 пациенток в каждой подгруппе (12,5%), а женщин с данным раком в возрасте от 76 до 85 лет всего 4 (5%).

По клинической картине наблюдались следующие частые проявления: с болевыми ощущениями обращалось 17 пациенток (21,25%), на зуд жаловались 15 (18,75%), с опухолью, обнаруженной самостоятельно, обратилось 19 (23,75%), выделения, в том числе и кровянистые наблюдались у 10 (12,5%).

По факторам риска прослеживалась тенденция распространения диагноза CINIII и HPV+ статус у пациенток молодого возраста (до 35-45 лет), что составляет 33 случая (41,25%), крауроз был выставлен у 3 пациенток (9,09%). Среди возрастных пациенток (старше 45 лет) преобладали дистрофические изменения 58,75%. Немаловажный интерес представляет большое количество абортос среди исследуемых историй (больше 4 – 17 пациенток (21,25%).

Анализ по распространению опухолевого процесса:

область вульвы без указания локализации указана в медицинской документации у 14 пациенток (17,5%), левые большие половые губы – у 12 (15%), правые БПГ 10 (12,5%), левые малые половые губы 8 (10%), правые МПГ 7 (8,75%), задняя спайка – 8 (10%), по срединной линии – 4 (5%), непосредственно по клитору – 5 (6,25%), слева от него – 2 (2,5%), справа – 3 (3,75%), переход на слизистую влагалища – 3 (3,75%), на шейку матки и уретру по 2 случая (2,5%).

Метастазирование в паховые ЛУ наблюдалось у 10 больных (27,7%), с изъязвлением опухоли лечились 4 пациентки (11,11%), с распадом – 2 (5,55%).

По классификации TNM выявлена следующая закономерность: по показателю T преобладает T1a-b – 34 пациентки (42,5%), T2 среди 26 больных (32,5%), T3 – 7 (8,75%), T4 выявлено среди 4 (5%), по показателям N и M преобладала 0 ст. 19 (23,75%) и 76 (95%) соответственно, только N1 встречался у 11 пациенток (13,75%), N2 – у 6 (7,5%), N3 – у 4 (5%), в остальных случаях был выставлен Nx. По показателю M- M1 встретился у 4 (5%).

По гистологической структуре у больных как с впервые выставленным диагнозом, так и рецидивом был плоскоклеточный ороговевающий рак с инвазией 68,75%, у остальных веррукозная форма рака – 31,25%.

По тактике лечения преобладало хирургическое лечение 44 случая (55%), среди которого чаще проводились традиционные вульвэктомии с операцией Дюкена 29 (65,9%) и 7 операций по удалению метастазов, конгломератов отдаленных лимфатических узлов с одновременным удалением полости распада опухоли (15,9%); в отделении радиологии получало лечение 36 пациенток (45%): ДЛТ на аппарате АГАТ-С на фоне введения цисплатина получило 17 пациенток (47,2%) и БФР на аппарате ХТРАНЛ – 12 женщин (33,3%); на дальнейшее комбинированное лечение было направлено 17 женщин (21,25%).

Следует отметить, что с 2020 г. начали выполняться радикальные комбинированные вульвэктомии и операции по поводу удаления опухолей промежности с резекцией уретры и реконструктивно-пластическим компонентом.

**Региональная научно-практическая конференция  
«ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОНКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ»**

Среди осложнений после полученного лучевого лечения (5 случаев (13,8%)) доминировали лучевой радиоэпителиит (60%) и вторичный эпидермит по 2 RTOG (40%), наиболее частым осложнением после операции являлись длительно незаживающая послеоперационная рана (33,3%), расхождение швов наблюдалось в 20% случаев, и длительная лимфорея и некротические изменения кожного фрагмента – по 13,3%.

При изучении историй болезни рецидивы заболевания выявлены у 39 больных, что составило 48,75%

При анализе частоты возникновения рецидива рака вульвы в каждой стадии злокачественного процесса мы получили следующее: при I стадии рецидив возник из 27 больных у 5 (18%), при II – из 25 у 6 (24 %), при III – из 15 у 5 (33,3 %) и при IV стадии – из 8 у 5 (62,5 %), у 5 пациенток с 0 St рецидивирующих случаев не было выявлено. Из представленных данных четко видно увеличение количества больных с рецидивами по мере увеличения стадии заболевания: от 18 % при I стадии до 62,5 % при IV стадии.

Был произведен расчет времени появления рецидивов после окончания лечения. При расчетах получились следующие данные: чаще всего рецидивы появляются в первый год наблюдения после лечения и возникли они у 37,5 %, от 1 до 2 лет – рецидивы возникли у 29,16 %, и от 1 до 3 лет- у 33,33% Из этого следует, что в сроки до 3-х лет после окончания лечения надо быть особенно настороженным в плане появления рецидива заболевания, поэтому необходимо регулярное диспансерное наблюдение за больной не реже одного раза в 3 месяца с применением лабораторных и инструментальных методов исследования.

**Заключение:** Рак вульвы относится к редким опухолям. Следует помнить о возможности возникновения этого заболевания у молодых женщин, что обусловлено ВПЧ-инфекцией. Малосимптомное течение болезни, поздняя обращаемость, наличие некомпенсированных сопутствующих заболеваний, особенность анатомо-топографического строения, обуславливающая агрессивность течения рака вульвы с выраженной склонностью к быстрому росту, раннему метастазированию и рецидивированию, приводят к неудовлетворительным результатам лечения.

**Сошников С.И., Захарова Н.И.**

**ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДА ДЕРМАТОСКОПИИ В ПОЛИКЛИНИКЕ  
ГУЗ «ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»**

ГУЗ Забайкальский краевой онкологический диспансер  
(главный врач – Пимкин М.Г.)

Дерматоскопия (синоним – эпилюминисцентная микроскопия) – метод исследования поверхностных поражений кожи с помощью специального прибора – дерматоскопа. Это неинвазивный метод, который позволяет увидеть структуру кожи с увеличением в 10 раз (x10). Врач может детально рассмотреть эпидермис, его цвет, дермо-эпидермальные соединения и сосочковый слой дермы.

Дерматоскопия – относительно недорогой и технически несложный для выполнения метод, чаще всего метод дерматоскопии применяют для выявления меланомы.

Диагностика опухолей кожи различного характера – карцинома, цилиндрома, ангиома, дерматофиброма, кератоз себорейный и другие разновидности опухолей. Каждое новообразование имеет собственные признаки, которые четко видны под дерматоскопом.

Дерматоскопия показана при таких проявлениях:

- увеличение, уплотнение и изменения цвета в родинке;
- перед удалением кожного новообразования;
- наличие большого количества пигментных пятен;

**Региональная научно-практическая конференция  
«ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОНКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ»**

- наличие большого количества новообразований, возвышающихся над кожей и имеющих диаметр более 0,5 см;
- зуд, покалывание и трещины в области родинки;
- постоянно увеличивается количество родинок на теле;
- родинки были травмированы.

В июне 2021 г. благодаря компании Новартис был организован сертификационный курс обучения «Дерматоскопия в дифференциальной диагностике меланоцитарных невусов и меланомы кожи», в котором принял участие врач онколог поликлиники ГУЗ КОД Сошников С.И.

В феврале 2022 г. на безвозмездной основе ГУЗ ЗКОД были переданы 2 дерматоскопа. С февраля 2022 г. было проведено 45 дерматоскопических исследований.

Выявлено и в дальнейшем гистологически подтверждено:

- 5 случаев меланомы – 11%;
- 10 случаев базально-клеточного рака – 22%;
- 30 случаев доброкачественных новообразований кожи – 67%, из них в 21 случае по желанию больных была выполнена тотальная лазерная биопсия, иссечение образований с последующим морфологическим исследованием удаленного материала.

Использование дерматоскопа на приеме поликлиники позволило снизить сроки обследования больных, не прибегая к инцизионным-цитоскопическим методам исследования при явных доброкачественных признаках образований кожи.

**Болотов Э.С., Каюкова Е.В., Забелкин С.А., Юрьева К.С.**

**ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О НЕОБХОДИМОСТИ ВАКЦИНАЦИИ  
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ОТ COVID-19**

*ФГБОУ ВО Читинская медицинская государственная академия  
(ректор – д.м.н., доцент Зайцев Д.Н.)*

Инфекционные заболевания в настоящее время остаются одной из основных причин высокой заболеваемости населения, несмотря на использование широкого спектра лечебных и профилактических технологий в борьбе с ними, а наиболее эффективным профилактическим мероприятием является вакцинация, которая признана одним из величайших достижений человечества в области медицины. Коронавирусная инфекция 2019 г. (COVID-19), вызванная возбудителем SARS-CoV-2, по состоянию на 1 марта 2022 г. привела к смерти около 6 миллионов человек во всем мире, включая 350000 случаев смерти в Российской Федерации. Пациенты с онкологическими заболеваниями составляют уязвимую группу. Вакцинация от COVID-19 онкологическим пациентам рекомендуется различными международными сообществами не только с целью снижения заболеваемости и сокращения смертности, но и увеличения продолжительности жизни.

**Цель:** изучение уровня осведомлённости о вакцинации против коронавирусной инфекции COVID-19 среди онкологических больных.

**Материалы и методы.** Проведено анонимное онлайн-анкетирование с помощью специально разработанного опросника. В анкетировании приняли участие 53 больных онкологическим заболеванием. Анкета включала 19 вопросов, касающихся вакцинации и отношения пациентов к вакцинации против COVID-19. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2016.

**Результаты.** В опросе участвовали онкологические пациенты. Было выделено 2 группы респондентов: в 1 группу вошли молодые люди до 37 лет – 32 человека, 2 группу составили взрослые старше 44 лет – 22 человека. В процессе анализа анкет были получены следующие результаты: 32,7% респондентов считают вакцинацию против коронавирусной инфекции ненужной, треть (38,5%) считают вакцинацию опасной, небольшая часть (9,6 %) недо-

статочны проинформированы, 39,2% опрошиваемых лиц не доверяют ни зарубежной, ни отечественной вакцине, менее половины (41,2%) доверяют отечественной вакцине, незначительная часть (5,6%) зарубежной.

Около половины (46,2%) уже привились от COVID-19, часть респондентов (17,3%) не планирует прививаться совсем, другие воздержались (19,2%) и планируют посмотреть на более отдаленные результаты вакцинации, около трети опрошиваемых (35,5%) не следят за результатами вакцинации в России и других странах, другая часть (37,3%) относятся безразлично к результатам вакцинации, 9,8 % следят внимательно.

Более половины (59,6 %) ответили: не влияет информация о прививках и вакцинации, представленная средствами массовой информации, 23,1% прислушиваются в незначительной степени, 17,3% респондентов прислушиваются к средствам массовой информации о вакцинации. Часть опрошиваемых (21,1%) не боятся осложнений после прививки, большинство респондентов (78,4 %) опасаются осложнений после вакцинации от COVID-19. Две трети (68,7%) абсолютно не согласны с тем, что вакцинация дает чувство полной безопасности, остальная треть из опрошенных (31,3%) считают наоборот: вакцинация от новой коронавирусной инфекции абсолютно безопасна.

Таким образом, ответы проведенного опроса показывают, что респонденты среди онкологических больных недостаточно осведомлены о необходимости вакцинации от COVID-19, большая часть опрошенных вообще игнорируют данную проблему. Часть респондентов боятся развития осложнений после вакцинации. Отказ же от вакцинации может быть обусловлен низкой информированностью, недостаточными знаниями о данном заболевании и отсутствием настороженности в отношении тяжести течения болезни.

**Шуягина О.А.**

## **НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО**

*ГУЗ Забайкальский краевой онкологический диспансер  
(главный врач – Пимкин М.Г.)*

За 40 лет заболеваемость раком легкого значительно возросла в развитых и развивающихся странах по всему миру. Максимальные показатели заболеваемости зарегистрированы в Европе и США, минимальные – в восточных странах. Стоит отметить, что практически во всех странах заболеваемость среди женского населения в 3-10 раз ниже, чем у мужчин. В России показатель заболеваемости раком легкого относительно стабилен, в структуре злокачественных заболеваний у мужчин он занимает 1 место и составляет 25%, среди женщин всего 4,3%.

Ежегодно в России умирает от рака легкого 60 000 человек, при этом большую часть (80%) погибших пациентов составляют мужчины. В структуре онкологической смертности рак легкого занимает 31%. Согласно статистическим данным, смертность при раке легких на первом году после постановки диагноза составляет более 50%, при отсутствии адекватного лечения примерно 80% пациентов умирают в течение 2 лет и только 10% живут более 5 лет. Своевременная и рациональная терапия может увеличить прогнозы пятилетней выживаемости до 40-50%.

### **Гистологическая классификация рака легкого:**

#### **а. Мелкоклеточный рак (встречается реже).**

Как правило, мелкоклеточный рак встречается у курильщиков, причем к моменту постановки диагноза, у 60% пациентов наблюдается распространение процесса и метастазирование.

#### **б. Немелкоклеточный рак (80-85% случаев).** Имеет более благоприятный по сравнению с мелкоклеточным, объединяет несколько форм морфологически сходных видов рака со схожим строением клеток:

- плоскоклеточный;

- аденокарцинома;
- нейроэндокринный.

Метастазирует рак легкого по лимфатическим сосудам бронхиального дерева во внутрилегочные и корневые лимфоузлы, далее в лимфатические узлы средостения, надключичные и шейные, лимфоузлы брюшной полости и забрюшинного пространства.

Метастазы в лимфоузлах шеи, брюшной полости, забрюшинные считаются отдаленными.

При гематогенном метастазировании поражаются чаще всего – головной мозг, печень, почки, надпочечники, кости и противоположное легкое.

**Диагностика включает:**

- общеклинические анализы крови и мочи;
- биохимическое исследование крови;
- цитологические исследования мокроты, смыва с бронхов, плеврального экссудата;
- оценку физикальных данных;
- рентгенографию легких в 2-х проекциях, линейную томографию, КТ легких;
- бронхоскопию (фибробронхоскопию);
- плевральную пункцию (при наличии выпота);
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, шейно-надключичных зон (КТ выполняется для уточнения характера изменений, выявленных при УЗИ);
- радионуклидную диагностику костей скелета с R-логическим контролем выявленных изменений;
- КТ / МРТ головного мозга с контрастным усилением;
- биопсию опухоли с определением морфологического типа НМРЛ;
- в отдельных случаях показана ПЭТ / КТ;
- при подозрении на N2 необходима морфологическая верификация (трансбронхиальная / трансэзофагеальная пункция, медиастиноскопия, торакоскопия); при невозможности получения биопсийного материала показана ПЭТ / КТ для оценки распространенности опухолевого процесса; морфологическая верификация увеличенных, но ПЭТ-негативных лимфатических узлов не требуется;
- молекулярно-генетическое исследование и определение биомаркеров в опухоли: «обязательный объем» (активирующие мутации EGFR, транслокации ALK, транслокации ROS1) и «возможный объем» (мутации BRAF V600E, RET, c-MET, KRAS, HER2, экспрессии PD-L1).

**Лечение больных с немелкоклеточным раком легкого.**

Хирургическое лечение с 0 - III A ст. Стандартная операция — резекция легкого (лобэктомия или билобэктомия). В рамках онкологического радикализма и для более точного хирургического стадирования необходимо выполнять систематическую медиастинальную лимфодиссекцию.

Мультидисциплинарное обсуждение каждого пациента позволяет выбрать наиболее эффективную и доступную стратегию с учетом современных возможностей лечения, включая комбинированные методы терапии. Лучевую терапию применяют как самостоятельное лечение, а так же в сочетании с хирургическим или химиотерапевтическим методом. Консервативное лечение: адьювантная ХТ проводится в дополнение к локальным (хирургическому и лучевому) методам лечения и позволяет снизить риск рецидива болезни, часто применяемыми комбинациями являются сочетания препаратов платины с таксанами, винорельбином, гемцитабином, паклитакселом и пеметрекседом.

**Новое в адьювантной терапии НМКР легкого:**

- осимертиниб в качестве адьювантной терапии у больных НМРЛ IV-IIIА стадиями с мутацией гена EGFR после выполнения радикальной операции в течение 3-х лет. Это позволяет добиться большого и длительного выигрыша в безрецидивной выживаемости.
- адьювантная терапия атезолизумабом в течение года после радикального оперативного лечения у пациентов с II-IIIА стадией с позитивной экспрессией PD-L1, курильщиков, N+, T3-4 (ASCO 2021).

### **Изменение прогноза для местнораспространенных опухолей**

Применение иммунотерапии существенно изменило также прогноз для пациентов с местнораспространенными опухолями. Первым в своем классе ингибитором контрольных точек, зарегистрированным для применения в поддерживающем режиме после окончания ХЛТ, стал дурвалумаб.

Проведение лучевой терапии вызывает гибель опухолевых клеток с выбросом в кровоток огромного количества опухолевых антигенов, что должно облегчать иммунной системе их распознавание и инициацию противоопухолевого иммунитета. Кроме того, в облученной опухоли возникает процесс распада и воспаления, что является фактором, предсказывающим высокую эффективность ингибиторов PD-1/PD-L1.

Дурвалумаб – моноклональное антитело, блокирующее лиганд PD-L1 и предотвращающее инактивацию цитотоксических Т-лимфоцитов, реализующих противоопухолевый иммунный ответ. Дурвалумаб продемонстрировал активность у больных НМРЛ и был зарегистрирован в качестве второй линии системной терапии после ранее проведенной платиносодержащей химиотерапии.

### **Аспекты лечения метастатического НМРЛ при отсутствии драйверных мутаций.**

Новым направлением является комбинация цитаостатиков с ингибиторами контрольных точек иммунного ответа в виде триплетов, квадруплетов:

У больных распространенным неплоскоклеточным НМРЛ с любым (или неизвестным) статусом PD-L1 рекомендуется комбинированная иммунотерапия +ХТ с использованием одного из двух режимов:

- пембролизумаб 200 мг в/в +пеметрексед 500 мг/ м<sup>2</sup> в/в +цисплатин 75 мг/ м<sup>2</sup> в/в (карбоплатин AUC 5 в/в) 1 раз в 3 нед. 4 цикла, в дальнейшем – поддерживающая терапия пембролизумабом и пеметрекседом до прогрессирования или непереносимой токсичности (пембролизумаб – до 2 лет) только при неплоскоклеточном НМРЛ безактивирующих мутаций; данная комбинация применяется у пациентов без активирующих мутаций EGFR или ALK.
- атезолизумаб 1200 мг в/в +паклитаксел 200 мг/ м<sup>2</sup> в/в (для пациентов монголоидной расы – 175 мг/м<sup>2</sup>) +карбоплатин AUC 6 в/в +бевацизумаб 15 мг/ кг в/в в 1-й день каждые 3 нед. 4 цикла, в дальнейшем — поддерживающая терапия атезолизумабом и бевацизумабом в прежних дозах до прогрессирования или непереносимой токсичности (только при неплоскоклеточном НМРЛ); перед началом использования данной комбинации пациенты с EGFR или ALK геномной опухолевой мутацией должны получить таргетную терапию.

Пациентам с плоскоклеточным и неплоскоклеточным НМРЛ с любым (или неизвестным) статусом PD-L1 может быть рекомендована:

- двойная иммунотерапия ниволумабом и ипилимумабом в сочетании с двумя циклами ХТ: ниволумаб 360 мг в/в капельно 1 раз в 3 нед. +ипилимумаб 1 мг/кг в/в капельно 1 раз в 6 нед. в сочетании с двумя циклами двухкомпонентной ХТ на основе препаратов платины (при плоскоклеточном НМРЛ – паклитаксел 200 мг/ м<sup>2</sup> + карбоплатин AUC 6 в/в капельно 1 раз в 3 нед., всего два цикла; для неплоскоклеточного НМРЛ – пеметрексед 500 мг/м<sup>2</sup> + цисплатин 75 мг/ м<sup>2</sup> карбоплатин AUC 5 или 6 в/в капельно 1 раз в 3 нед., всего два цикла) до прогрессирования заболевания или непереносимой токсичности, максимально — до 2 лет.

Переходя к новым данным о системной терапии распространенного заболевания, представленным на ESMO и WCLC, представлены данные еще одного ингибитора PD-1 – **целиплимаба** – в группе с высоким уровнем экспрессии PD-L1 ( $\geq 50\%$ ), который в сравнении с платиносодержащей ХТ показал значительное преимущество как в ВДП, так и в ОВ.

### **Таргетная терапия немелкоклеточного рака легкого**

Пациенты с НМРЛ IV стадии и драйверными мутациями в гене EGFR, не получавшие ранее лечение:

- Пациентам с мутациями T790M, L858R или с делецией в экзоне 19 в качестве терапии первой линии должен быть предложен осимертиниб

**Региональная научно-практическая конференция  
«ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОНКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ»**

Пациенты с НМРЛ IV стадии и драйверными мутациями в гене EGFR – при невозможности проведения терапии осимертинибом:

- При невозможности применения осимертиниба в качестве терапии первой линии может быть предложен гефитиниб в сочетании с химиотерапией или дакомитиниб

Другие возможные варианты терапии включают афатиниб, эрлотиниб/бевацизумаб, эрлотиниб/рамуцирумаб или монотерапию гефитинибом, эрлотинибом или икотинибом

Пациенты с НМРЛ IV стадии, с ECOG PS = 3 и драйверными мутациями в гене EGFR:

- В первой линии пациентам с общим состоянием по шкале ECOG, равным 3 баллам, может быть предложена терапия ингибиторами EGFR

Пациенты с НМРЛ IV стадии и редкими драйверными мутациями в гене EGFR, не получавшие ранее лечение:

- Пациентам с мутациями гена EGFR, отличными от мутаций в экзоне 20, мутаций T790M, L858R или делеции в экзоне 19, может быть предложена терапия афатинибом или осимертинибом.

Пациенты с НМРЛ IV стадии и драйверными мутациями в гене EGFR, не получавшие ранее лечение:

- У пациентов с любой активирующей мутацией EGFR (в том числе в экзоне 20), независимо от уровней экспрессии лиганда рецептора программируемой клеточной гибели 1 (PD-L1), в качестве терапии первой линии не следует использовать монотерапию ингибитором контрольных точек.

Пациенты с НМРЛ IV стадии и драйверными мутациями в гене EGFR, обуславливающими резистентность к ингибиторам EGFR первого и второго поколений:

- Пациентам с мутациями EGFR в экзоне 20, обуславливающими резистентность к ингибиторам EGFR первого и второго поколений, может быть предложена двухкомпонентная химиотерапия с бевацизумабом или без него

Пациенты с НМРЛ IV стадии и драйверными мутациями в гене EGFR, получавшие ранее лечение:

- В качестве терапии второй линии пациентам, которые не получали осимертиниб, и у которых на момент прогрессирования заболевания обнаружена мутация T790M, должна быть предложена терапия осимертинибом.
- В качестве терапии второй линии пациентам с любой мутацией EGFR и прогрессированием на фоне терапии ингибиторов EGFR без мутации T790M ИЛИ при прогрессировании на фоне терапии осимертинибом может быть предложена терапия по лечению пациентов без драйверных мутаций.

Новое (ASCO2021): тенденции же последнего времени предполагают применение таргетных препаратов на основе моноклональных антител как средств для доставки высокотоксичных цитостатических препаратов, высвобождающихся для реализации противоопухолевого эффекта лишь после связывания антитела носителя с мишенью на поверхности клетки и проникновения в нее. Надо сказать, что успех таких препаратов, как дерукстикан, в лечении HER2-позитивных опухолей, предварительные результаты патритумаба-дерукстикана (дерукстикан + антиHER3 антитело) при резистентных к ИТК EGFR-ассоциированных опухолях, успех биспецифичного препарата амивантамаб (антиEGFR + антиMET) позволяют безусловно предполагать смену вектора таргетного воздействия. В качестве примера подобной эволюции можно привести мутации EGFR в 20-м экзоне, продемонстрировавшие ранее отсутствие чувствительности к зарегистрированным низкомолекулярным ингибиторам этого рецептора. В этом году сразу несколько лекарственных препаратов были изучены в данной группе пациентов – два низкомолекулярных ингибитора позитиниб и мобицертиниб, а также упоминавшийся ранее амивантамаб. По ранним результатам, представленным в этом году, наиболее обнадеживающие результаты получены для мобоцетриниба – 17,5 месяца длительности ответа и 24 месяца общей продолжительности жизни.

**Пациенты с НМРЛ IV стадии и перестройками ALK, не получавшие ранее лечение:**

- В качестве терапии первой линии должен быть предложен алектиниб или бригаатиниб.
- При невозможности терапии алектинибом или бригаатинибом в качестве терапии первой линии должен быть предложен церитиниб или кризотиниб.

**Пациенты с НМРЛ IV стадии и перестройками ALK, получавшие ранее ингибитор ALK:**

- В качестве терапии второй линии после применения алектиниба или бригаатиниба может быть предложен лорлатиниб. В качестве терапии второй линии после применения кризотиниба должен быть предложен алектиниб, бригаатиниб или церитиниб. В качестве терапии третьей линии после применения кризотиниба в рамках первой линии и алектиниба, бригаатиниба или церитиниба в рамках второй линии может быть предложен лорлатиниб или стандартная терапия по лечению пациентов без драйверных мутаций.

**Пациенты с НМРЛ IV стадии и перестройками ROS1, не получавшие ранее лечение:**

- В качестве терапии первой линии может быть предложен кризотиниб или стандартная терапия, по лечению пациентов без драйверных мутаций или церитиниб или лорлатиниб.

**Пациенты с НМРЛ IV стадии и перестройками ROS1, получавшие ранее лечение:**

- В качестве терапии второй линии после применения в рамках первой линии ингибиторов ROS1 должно быть предложено стандартное лечение по лечению пациентов без драйверных мутаций. В случае если в рамках первой линии проводилась нетаргетная терапия, в качестве второй линии может быть предложено применение кризотиниба, церитиниба.

**Пациенты с НМРЛ IV стадии и драйверной мутацией V600E в гене BRAF, не получавшие ранее лечение:**

- В качестве терапии первой линии может быть предложено применение дабрафениба/траметиниба или стандартная терапия первой линии по лечению пациентов без драйверных мутаций.

**Пациенты с НМРЛ IV стадии и драйверной мутацией V600E в гене BRAF, получавшие ранее лечение:**

- В качестве терапии второй линии после применения ингибиторов BRAF/MEK должно быть предложено стандартное лечение по лечению пациентов без драйверных мутаций. В качестве терапии второй линии может быть предложено применение дабрафениба/траметиниба, если в рамках первой линии ингибиторы BRAF не применялись или монотерапия дабрафенибом либо вемурафенибом. Если ранее в рамках первой или последующих линий применяли химиотерапию, иммунотерапию и/или ингибиторы BRAF, должно быть предложено стандартное лечение по лечению пациентов без драйверных мутаций.

**Пациенты с НМРЛ IV стадии и мутацией, вызвавшей пропуск экзона 14 в гене MET, не получавшие ранее лечение:**

- В качестве терапии первой линии пациентам с мутацией, вызвавшей пропуск экзона 14 в гене MET, может быть предложен ингибиторы MET – кризотинибом или капматиниб или стандартная терапия, пациентов без драйверных мутаций

**Пациенты с НМРЛ IV стадии и мутацией, вызвавшей пропуск экзона 14 в гене MET, получавшие ранее лечение:**

- В качестве терапии второй линии, если у пациента обнаружены другие аномалии гена MET, кроме мутаций, вызвавших пропуск экзона 14, или если в рамках терапии первой линии применяли ингибиторы MET, может быть предложено стандартное лечение по лечению пациентов без драйверных мутаций.
- В качестве терапии второй линии пациентам с мутацией, вызвавшей пропуск экзона 14 в гене MET, которые ранее получали или не получали химиотерапию первой линии в сочетании с иммунотерапией или без нее (т.е. если в рамках терапии первой линии пациент не получал ингибитор MET), может быть предложена терапия капматинибом.

**Пациенты с НМРЛ IV стадии и драйверными мутациями в гене RET, не получавшие ранее лечение ASCO 2021:**

- В качестве терапии первой линии может быть предложена терапия селперкатинибом или стандартная терапия по лечению пациентов без драйверных мутаций или пралсетиниб.

**Пациенты с НМРЛ IV стадии и драйверными мутациями в гене RET, получавшие ранее лечение:**

- В качестве терапии второй линии после применения в рамках первой линии ингибиторов RET может быть предложено стандартное лечение по лечению пациентов без драйверных мутаций. В качестве терапии второй линии, если в рамках терапии первой линии не применялись ингибиторы RET, может быть предложен селперкатиниб или пралсетиниб.

**Пациенты с НМРЛ IV стадии и драйверными мутациями гена NTRK, не получавшие ранее лечение:**

- В качестве терапии первой линии может быть предложен энтректиниб или ларотректиниб или стандартная терапия без драйверных мутаций

**Пациенты с НМРЛ IV стадии и драйверными мутациями гена NTRK, получавшие ранее лечение:**

- В качестве терапии второй линии после применения в рамках первой линии ингибитора NTRK может быть предложено стандартное по лечению пациентов без драйверных мутаций.
- В качестве терапии второй линии, если в рамках первой линии не применялись ингибиторы NTRK, могут быть предложены энтректиниб или ларотректиниб.

**Пациенты с НМРЛ IV стадии и драйверными мутациями гена KRAS G12 C:**

У больных НМРЛ частота мутации гена K-RAS составляет 13%. Препарат соторасиб является ингибитором мутированного K-RAS белка-передатчика сигнала (мутация P.G.12C) и в рамках II фазы был изучен у 126 больных НМРЛ с наличием мутации K-RAS и прогрессированием после стандартного лечения [ASCO 2021, abstract 9003]. Впервые отмечен выраженный противоопухолевый эффект при назначении ингибиторов K-RAS, который зафиксирован у 37% больных с медианой продолжительности 11 мес. Контроль заболевания достигнут у 81% больных, медиана времени до прогрессирования составила 6,8 мес., а общая продолжительность жизни – 12,5 мес. Препарат обладал хорошей переносимостью, наиболее частыми осложнениями 3-4 степени были повышение ALT/AST (6%) и диарея (4%). Лечение по причине токсичности было прекращено у 7% больных. Успех препарата явился основанием для проведения III фазы по сравнению сотарасиба с доцетакселом у ранее леченных больных НМРЛ с мутацией в гене K-RAS.

**Лечение мелкоклеточного рака легкого.**

**Лечение локализованного МРЛ:**

Лишь 5% больных МРЛ при первичном обращении имеют I стадию болезни T1–N0M0; у таких больных – наилучший долгосрочный прогноз: пятилетняя выживаемость достигает 50%. Адекватным объемом операции считается лобэктомия с медиастинальной лимфодиссекцией. В адьювантном режиме проводится химиотерапия – этопозид + цисплатин (4 курса).

Если после оперативного вмешательства при гистологическом исследовании выявляют ранее не диагностированные метастазы в регионарные лимфатические узлы, то помимо адьювантной химиотерапии проводят лучевую терапию на область средостения.

При МРЛ II–III стадии проводят химиолучевую терапию. Наиболее эффективны режимы химиолучевой терапии с применением препаратов платины. Последовательность применения химиотерапии и лучевой терапии с высокой степенью достоверности еще не установлена. Однако все больше исследований свидетельствуют о том, что наиболее эффективна одновременная, а не последовательная химиолучевая терапия и что лучевую терапию необходимо начинать с первым или вторым курсом химиотерапии, то есть в течение 30 дней от начала химиотерапии, или, другими словами, наиболее оправданна ранняя химиолучевая терапия.

Профилактическое облучение головного мозга достоверно улучшает выживаемость у больных локализованным МРЛ при условии достижения объективного эффекта на фоне химиолучевой терапии.

Новый стандарт терапии первой линии диссеминированного МРЛ – комбинация химиотерапии этопозидом и карбоплатином с атезолизумабом или этопозидом и карбоплатином с дурвалумабом.

Вторая линия терапии оправдана только у больных с хорошим или удовлетворительным общим состоянием и сохранной функцией органов.

В качестве второй линии химиотерапии применяются следующие цитостатики и режимы химиотерапии: топотекан (монотерапия); циклофосфамид, доксорубин и винкристин (CAV), амрубицин (монотерапия), иринотекан (монотерапия), паклитаксел (монотерапия).

**Амрубицин** – один из немногих новых цитостатических препаратов, эффективных при лечении МРЛ. В исследовании III фазы не наблюдали преимущества амрубицина по сравнению с топотеканом в качестве второй линии, но отметили хоть небольшое, но статистически значимое превосходство амрубицина в увеличении ОВ в подгруппе больных с резистентной формой МРЛ (6,2 против 5,7 мес,  $p = 0,047$ ).

Ингибиторов контрольных точек иммунитета у больных с рецидивным МРЛ, пембролизумаб и ниволумаб показали достоверное превосходство в качестве третьей и последующих линий терапии.

Таким образом, за последние три года произошли глобальные изменения в лекарственной терапии рака легкого, что привело к увеличению продолжительности жизни больных с улучшением ее качества за счет эффективного контроля симптомов заболевания.

**Цыдыпова Т.Р.**

## **ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*ГУЗ Забайкальский краевой онкологический диспансер  
(главный врач – Пимкин М.Г.)*

Рак молочной железы – самая частая причина заболеваемости и смертности от онкологических болезней у женщин, поэтому так важны диагностика и лечение различных доброкачественных процессов и раннее выявление злокачественных опухолей молочной железы. Цитологическое исследование получило широкое применение в современной клинике для дифференциальной диагностики опухолей молочных желез.

### **Доброкачественные поражения молочной железы**

Воспалительные поражения молочной железы редко бывают объектом цитологического исследования. Обычно диагноз устанавливается клинически и лечение проводится без цитологического исследования. В некоторых случаях приходится проводить дифференциальную диагностику с воспалительной формой рака, в этом случае необходима пункция. В пунктате обнаруживают нейтрофильные гранулоциты, макрофаги, обильный некротический фон, иногда – реактивные клетки эпителия протоков.

*Туберкулез молочной железы.* Цитологические признаки: эпителиоидные клетки; гигантские многоядерные клетки типа Пирогова-Лангханса.

*Эктазия протоков.* Обычно возникает у женщин в постменопаузе, клиническая картина может имитировать рак. В цитологических препаратах обнаруживают бесструктурное вещество, капли жира, макрофаги, могут встречаться нейтрофильные гранулоциты, фибробласты.

*Липогранулема* (жировой некроз). Возникновение липогранулемы может быть связано с разрывом протока при эктазии протока или кисты при фиброзно-кистозной болезни. В этом

случае поражение может располагаться в глубоких отделах молочной железы. Причиной развития липогранулемы также может быть травма, бытовая или вследствие оперативного вмешательства; в последнем случае располагается поверхностно. Клинически обычно проявляется как плотное образование в молочной железе, иногда симулирующее рак. Аспират бывает, как правило, обильным, крошковатым, содержит много жира.

*Цитологическая картина:*

1. Пенистые макрофаги (ксантомные клетки).
2. Гигантские многоядерные клетки (характерный признак липогранулемы).
3. Бесструктурные зернистые массы, капли жира, тканевые клочки жировой клетчатки, составляющие фон препарата.
4. Иногда встречаются другие элементы воспаления, обычно в небольшом числе.
5. Могут присутствовать клетки эпителия, но обычно их бывает немного.

**Пролиферативные изменения**

Фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ) – «фоновые» процессы с разной степенью риска – сборная группа, включающая гиперпластические и (или) атрофические процессы паренхимы и стромы или одного из этих элементов. Степень выраженности гиперплазии и (или) атрофии бывает различной, в связи с чем и морфологические проявления заболевания могут быть самыми разнообразными. Как правило, изменения со стороны паренхимы и стромы сочетаются с образованием мелких или крупных кистозных полостей. Поражение обычно связано с дисгормональными процессами, симптомы заболевания нередко усиливаются перед менструацией. В цитологических препаратах из молочной железы мы не видим четко морфологической структуры поражения, поэтому судить о форме ФКБ (мастопатии) врачу-цитологу не представляется возможным. Одна из форм ФКБ при которой можно установить диагноз цитологически – киста, кистозная мастопатия.

Киста. Цитологическая картина: как правило, клеточный состав мазков из материала кисты бывает скудным – единичные «пенистые» клетки и небольшое число элементов выстилки кисты. Это или уплощенные, или апокринные клетки.

Другие варианты ФКБ (мастопатии) характеризуются следующими признаками:

- 1) небольшой клеточный состав;
- 2) небольшие скопления клеток неопределенной формы или в виде сотоподобных структур;
- 3) апокринные клетки единичные или в группах;
- 4) единичные миоэпителиальные клетки;
- 5) могут быть пенистые клетки;
- 6) единичные «голые» ядра разрушенных клеток.

При ФКБ могут быть изменения, представляющие сложности для дифференциальной диагностики с фибroadеномой. Поэтому заключение о ФКБ дается в предположительной форме. Также при ФКБ может отмечаться атипия клеток, вызывающая сомнения в доброкачественном характере поражения. Гинекомастия – гипертрофия грудной железы у мужчин. Обычно имеется протоковая перидуктальная гиперплазия со стромальной пролиферацией. Чаще отмечается одностороннее поражение. Причиной может быть гормональный дисбаланс, иногда прием анаболических стероидов. Чаще встречается в периоде полового созревания и в пожилом возрасте, а также у мужчин с циррозом печени и опухолями яичка. Выделения из соска при ФКБ. Встречаются достаточно часто. В цитологических мазках обнаруживают чешуйки плоского эпителия, гомогенные или бесструктурные массы, могут встречаться капли жира, лейкоциты, клетки типа молозивных телец, эритроциты, эпителий. При галакторее клеточный состав напоминает состав молозива или молока: на фоне гомогенного бесструктурного вещества присутствуют обильные капли жира, различное число клеток типа молозивных телец и группы из клеток эпителия протоков.

**Доброкачественные опухоли молочной железы**

Фибroadенома молочной железы – группа доброкачественных опухолей молочной железы с пролиферацией и нарушением соотношения эпителиального и стромального ком-

понента. Это самые распространенные опухоли молочной железы у женщин. Встречаются в любом возрасте после полового созревания, но чаще развивается у молодых женщин до 30 лет. Может быть как одиночное, так и множественное поражение. При пальпации опухоль легко подвижна, кожа под ней не изменена, регионарные лимфоузлы не увеличены. Цитологически отличить фиброаденому от ФКБ проблематично, однако некоторые признаки позволяют предположить наличие этой опухоли.

Для нее характерны:

- обширные структуры («рога оленя», шаровидные структуры);
- часто клетки в структурах располагаются в 2 и более слоев;
- обилие «голых» ядер;
- может присутствовать значительное число фиброцитов;
- чаще, чем при ФКБ, отмечается атипия структур, клеток и ядер.

Гомогенное бесструктурное вещество ярко-малинового цвета с заключенными в нем фиброцитами является достаточно четким критерием фиброаденомы. Если есть атипия клеток, то отмечается ее наличие.

Листовидные опухоли – особая группа опухолей, для которых характерна пролиферация и стромального, и эпителиального компонента с образованием своеобразных листовидных структур. Различают: доброкачественную, злокачественную и пограничную листовидную опухоль. Часто при обращении к врачу обнаруживается опухоль значительных размеров, однако при выявлении опухоли на ранних стадиях ее развития она может быть и небольшой. При пальпации опухоль обычно менее плотная и менее подвижная, чем обычная фиброаденома. Дифференциальный диагноз между листовидной опухолью и гигантской фиброаденомой можно провести только при гистологическом исследовании.

Предположить листовидную опухоль позволяют следующие признаки:

- обильный клеточный состав;
- структуры больших размеров из эпителиальных клеток (ветвящиеся и пр.);
- атипия в эпителиальном компоненте ( в скоплениях и структурах);
- обилие стромальных клеток;
- фрагменты стромы малинового цвета с заключенными в них фиброцитами;
- фон препарата представлен гомогенным или зернистым веществом розовато-малинового цвета. Заключение о листовидной опухоли также дается в предположительной форме.

**Внутрипротоковая папиллома.** Чаще развивается у женщин в пременопаузе и менопаузе. Выделения из соска чаще отмечаются при доброкачественных поражениях, чем при раке. Внутрипротоковая папиллома является частой причиной появления выделений из соска, которые обычно бывают бурого или кровянистого цвета.

Цитологические признаки:

- клетки эпителия в виде сосочкоподобных структур;
- эритроциты;
- макрофаги с гемосидерином.

При наличии всех трех признаков, принято устанавливать цитологическое заключение о внутрипротоковой папилломе (обычно оно совпадает с гистологическим заключением, но в единичных наблюдениях, при гистологическом исследовании; при подобной цитологической картине обнаруживают ФКБ). Возможна также противоположная ситуация, когда в цитологических препаратах обнаруживаются лишь клетки типа молочивных телец и бесструктурное вещество, а гистологически выявляется внутрипротоковая папиллома. Таким образом, как при наличии, так и при отсутствии классических цитологических критериев ВПП для подтверждения диагноза необходимы другие исследования, например, дуктография.

**Интраэпителиальная неоплазия** (атипическая гиперплазия, дисплазия, предраковая пролиферация).

Цитологические признаки: легкая дисплазия – клетки однотипны; размеры небольшие

- форма округлая;
- ядра небольшие (округлые, четко очерчены, хроматин распределен рав-

номерно); - цитоплазма базофильная; - в структурах расположение клеток правильное. Границы между клетками видны отчетливо.

#### **Умеренная дисплазия**

- клетки несколько отличаются по размерам и форме;
- форма клеток кубическая, вытянутая;
- могут встречаться крупные клетки с нерезко выраженными признаками атипии;
- ядра укрупнены (гиперхромные); цитоплазма обычно базофильная;
- в структурах расположение клеток неравномерное (могут обнаруживаться многослойные и сосочкоподобные структуры).

#### **Тяжелая дисплазия (предраковая пролиферация)**

- клетки отличаются по размерам и форме;
- значительное нарушение ядерно-цитоплазматического соотношения;
- цитоплазма небильная;
- структуры (расположение клеток неравномерное – потеря полярности расположения клеток);
- крупные клетки с атипией в органической связи с клетками пролиферирующего эпителия в пластах и структурах.

#### **Злокачественные опухоли**

Злокачественные опухоли молочной железы, как причина смертности от онкологических заболеваний среди женщин, занимают 1-е место, как в России, так и в мире. Клинические проявления могут отсутствовать, или имеются следующие признаки:

- уплотнение в молочной железе;
- болезненность в молочной железе или в подмышечной области;
- кожные симптомы (отек, покраснение, симптом «лимонной» корки);
- втяжение соска;
- опухолевидные образования в подмышечной области.

Рак молочной железы

Общие цитологические признаки:

##### *1. Клеточный и ядерный полиморфизм:*

- разные размеры и форма клеток и ядер;
- неровные структуры ядерной мембраны;
- неравномерное распределение хроматина;
- грубый хроматин;
- глыбчатая и грубоглыбчатая структура хроматина;
- ядрышки разных размеров и формы.

##### *2. Расположение клеток:*

- разрозненное (рыхлое) расположение клеток;
- обильный клеточный состав;
- отсутствие упорядоченности расположения клеток в структурах (комплексах) – разрозненное расположение клеток с сохранившейся цитоплазмой.

##### *3. Дегенеративные изменения клеток и ядер.*

##### *4. Нарушение ядерно-цитоплазматического соотношения.*

Цитологический метод исследования является одним из самых надежных методов диагностики заболеваний молочной железы, который широко применяется в Забайкальском краевом онкологическом диспансере. Цитологическое исследование позволяет сделать выводы о природе клеток новообразований: злокачественное оно или доброкачественное. Полученный результат дает возможность своевременно провести необходимое лечение. Цитологической лабораторией онкологического диспансера выполнено цитологических исследований молочной железы :

- 1) пунктаты молочной железы – 2019 г. – 4627 исследований; 2020 г. – 3611 исследований; 2021 г. – 4158 исследований.

- 2) выделения из соска молочной железы – 2019 г. – 124 исследований; 2020 г. – 352 исследований; 2021 г. – 60.
- 3) всего исследований – 2019 г. – 4751 исследований; 2020 г. – 3963 исследований; 2021 г. – 4218 исследований.

Выявлено цитологически:

1. Рак молочной железы – 160 случаев (3,8%).
2. Подозрение на рак молочной железы – 40 случаев. Всего 200 случаев (4,8%).
3. С предраковой пролиферацией (тяжелая дисплазия, атипия) – 65 случаев.

В структуре заболеваемости женского населения края опухоли молочной железы занимают одно из первых мест. Рак молочной железы является одной из наиболее частых причин смерти женщин среди других форм злокачественных новообразований. Ранняя диагностика заболеваний молочной железы является залогом успешного лечения и социально-трудовой реабилитации пациенток. Таким образом, важная роль в выявлении предопухолевых заболеваний и рака молочной железы принадлежит цитологическому методу исследования.

**Каюкова Е.В.<sup>1</sup>, Снежевская Е.А.<sup>2</sup>, Цыдыпова Т.Р.<sup>2</sup>, Бурдинская Т.В.<sup>2</sup>**

### **ЦИТОГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ СТАТУСА ЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ**

<sup>1</sup>*ФГБОУ ВО Читинская медицинская государственная академия  
(ректор – д.м.н., доцент Зайцев Д.Н.)*

<sup>2</sup>*ГУЗ Забайкальский краевой онкологический диспансер (главный врач – Пимкин М.Г.)*

Рак шейки матки (РШМ) является одним из самых частых злокачественных новообразований среди сексуально активных женщин во всем мире. В настоящее время скринингующими методиками для его раннего выявления являются цитологическое исследование мазков с шейки матки и ВПЧ-тестирование. Следует отметить, что доступ к ВПЧ-тестированию во многих странах, в т.ч. в России ограничен, а цитологическое исследование имеет свои недостатки.

**Цель исследования:** провести цитологическое сопоставление статуса цервикального эпителия у больных с предраковыми заболеваниями и РШМ.

**Материалы и методы исследования.** Выполнено ретроспективное исследование, в которое были включены больные с предопухолевой патологией и РШМ, проходившие обследование, лечение в Забайкальском краевом онкологическом диспансере за период 2014-2019 гг.

Исследуемые группы:

I группа – больные с предраком шейки матки (цервикальная интраэпителиальная неоплазия III степени, ЦИН III степени), n=54. Средний возраст составил 32,2±5,6 лет.

II группа – больные с РШМ 0-IV стадий, n=101. Средний возраст составил 39,60±10,9 лет.

Контрольную группу составили 15 женщин добровольцев, не имеющих гинекологической патологии, сопоставимые по возрасту и сопутствующей патологии с группами сравнения.

Исследование проведено с соблюдением принципов Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации (WMA Declaration of Helsinki, 1964, 2013 ред.).

Критерии включения в исследование:

- морфологически верифицированное злокачественное или предопухолевое поражение шейки матки,
- первичный статус заболевания,
- репродуктивный возраст,
- отсутствие воспалительных изменений со стороны органов репродуктивной системы,
- отсутствие инфекций, передающихся половым путем,
- наличие оформленного согласия больной.

**Региональная научно-практическая конференция  
«ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОНКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ»**

Обследование больных из I группы проводилось согласно Клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки», утвержденным в 2020 г.

Обследование больных из II группы проводилось согласно Клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации «Рак шейки матки», утвержденным в 2020 г.

Методы исследования: цитологическое исследование цервикального эпителия, гистологическое исследование биоптатов шейки матки и операционного материала.

Градация ЦИН проводилась с учетом соответствующей классификации на основании степени тяжести цервикального поражения.

Клиническое стадирование РШМ выполнялось согласно TNM 8-го пересмотра, 2016 г., по FIGO, 2019. Патоморфологическая диагностика РШМ проводилась согласно Международной гистологической классификации РШМ (классификация IARC, Всемирной организации здравоохранения, 4-е издание, 2014).

Статистический анализ данных осуществлялся с помощью пакета Microsoft Office Excel 2009.

**Результаты исследования.**

В обеих группах исследования выявлены случаи цитологической гиподиагностики патологии цервикального эпителия: в I группе 20,4%, во II группе — 42,6%

При этом статус цервикального эпителия цитологически определен как «злокачественные клетки не обнаружены» в 5,4% у больных с уже имеющимся РШМ (половина из них имела III стадию опухолевого процесса), в 16% у больных с ЦИН III степени.

Следует отметить, что по результатам первичной биопсии шейки матки точность диагностики увеличивается, между тем, до 17% больных с ЦИН III степени и 10% больных РШМ имеют погрешности в определении степени тяжести цервикального поражения.

Таблица 1

Цитогистологическое сопоставление диагностики предрака и рака шейки матки

Группа	Цитологическое подтверждение диагноза (%)	Морфологическое подтверждение диагноза после первичной биопсии (%)	Окончательное подтверждение диагноза после лечебной эксцизии (%)
I группа (n=54)	43 (79,6%)	45 (83%)	54 (100%)
II группа (n=101)	58 (57,4%)	91 (90,1%)	62 (61,3%)
Контроль (n=15)	30 (100%)	-	-

Необходимо подчеркнуть, что чувствительность цитологической диагностики в исследуемых группах составила 70,3%, специфичность 71%. Доля расхождений первичной цито- и морфологической диагностики составила 20,4% в I группе (из них все случаи были связаны с гиподиагностикой предопухолевого процесса), во II группе – 42,6% (из них все случаи были также определены как гиподиагностика).

**Заключение.** Известные сложности цитологической диагностики определяют ее информативность в диагностике статуса цервикального эпителия. Учитывая полученные данные, необходимо помнить, что истинный статус цервикального эпителия у больной с подозрением на онкопатологию шейки матки может быть определен только после всестороннего анализа комплексного обследования женщины (данные осмотра, кольпоскопии, цитологического исследования мазка с шейки матки, гистологического исследования биоптата шейки матки). Актуальным является продолжающийся поиск молекулярных критериев диагностики предрака и рака шейки.

**СОДЕРЖАНИЕ**

Троицкая Н.И., Гуляева В.А., Гончарова А.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КОЛОНОСКОПИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	5
Каюкова Е.В., Бурдинская Т.В., Горбачева О.Н., Эдельман Е.В. АНАЛИЗ PD-L1 СТАТУСА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ (ПЕРВЫЙ ОПЫТ).....	6
Каюкова Е.В., Лескова О.В., Макаревич В.А. ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СО ВТОРОЙ ОПУХОЛЬЮ ГЕМОБЛАСТОЗ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ .....	7
Каюкова Е.В., Чередник А.В., Яковлева Е.А. ЛИМФАТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТАЗОВОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИМ РАКОМ.....	10
Каюкова Е.В., Ункуева Д.В. САРКОПЕНИЧЕСКОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ .....	11
Бурдинская Т.В., Чередник А.В., Ральникова Н.В. Апатова А.В. КЛИНИКО- МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАРААНГИОМЫ (ЭКСТРААДРЕНАЛОВОЙ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ) МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	12
Снежевская Е.А. ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .....	13
Новикова М.К. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО.....	16
Каюкова Е.В., Кривошеева И.А., Мазаева М.А. ЗНАЧЕНИЕ БИОПСИИ СТОРОЖЕВОГО ЛИМФОУЗЛА В ПРАКТИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ.....	17
Дедюхина К.С. СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА.....	19
Петрова Е.Ю. ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С УРОЛОГИЧЕСКИМИ СТОМАМИ .....	22
Позякина Е.А. УПРАВЛЕНИЕ РИСКОМ ПАДЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ГУЗ «ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР». НЕОБХОДИМОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ СОП.....	24

**Региональная научно-практическая конференция  
«ЮБИЛЕЙНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОНКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ»**

---

Каюкова Е.В., Асланова А.Т.К. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ВУЛЬВЫ .....	26
Сошников С.И., Захарова Н.И. ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДА ДЕРМАТОСКОПИИ В ПОЛИКЛИНИКЕ ГУЗ «ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР».....	28
Болотов Э.С., Каюкова Е.В., Забелкин С.А., Юрьева К.С. ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О НЕОБХОДИМОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ОТ COVID-19 .....	29
Шуягина О.А. НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО .....	30
Каюкова Е.В., Снежевская Е.А., Цыдыпова Т.Р. , Бурдинская Т.В. ЦИТОГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ СТАТУСА ЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ .....	40