

лизацией количества, наблюдаемого диспансерного контингента. Превалируют по нисходящей: молочная железа, рак тела матки и злокачественные новообразования кожи. По прежнему остается высоким процент морфологического подтверждения диагноза. Растет число умерших больных до 47 человек (в 2017 году — 26), выросла смертность на 100000 тыс. населения вдвое до 64,48. Показатели смертности на 1000 прикрепленного населения так же выросли в два раза. Вырос уровень одногодичной летальности до 19,2% в сравнении с 2017 годом (11,16%). Факты тревожные и требуют обсуждения со специалистами-онкологами краевого онкологического диспансера.

Заключение: Таким образом, необходимо усилить контроль за пациентами старших возрастных групп, продолжить повышение квалификации и дополнительную подготовку кадров онкологической направленности, продолжать развивать профилактические направления: обучение медицинских работников по онкологической настороженности; проведение мероприятий по выявлению групп риска онкозаболеваний, повысить уровень компетенций фельдшеров и акушеров, разработать концепцию развития центра амбулаторной онкологической помощи на базе ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Красноярск», финансируемого из средств обязательного медицинского страхования.

НЕКОТОРЫЕ АНАЛИТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Т. С. Новикова^{1,2}, А. С. Доможирова³, И. А. Аксенова^{1,2}

Место работы: 1. ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», Челябинск; 2. ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск; 3. ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» Минздрава России, Москва

Эл. почта: novikovats@chelonco.ru

Цель: Проанализировать многолетнюю динамику показателей заболеваемости, смертности, достоверности учета и выживаемости больных ЗНО гепатопанкреатодуоденальной зоны (ЗНО ГПДЗ) в Челябинской области.

Материалы и методы: По данным государственной статистической отчетности рассчитаны основные показатели состояния онкологической помощи больным с ЗНО ГПДЗ в Челябинской области. В базе данных Популяционного ракового регистра (ПРР) региона сформирована группа больных ЗНО ГПДЗ (7984 пациент, анализируемый период 2007–2017 годы, коды по МКБ-10 C22-C25). В автоматизированном режиме рассчитаны кумулятивные показатели скорректированной выживаемости, учитывающие случаи

смерти онкологических больных от основного заболевания, динамическим (актуриальным) методом (программа «Расчет показателей выживаемости», ООО «Новел СПб», г. Санкт-Петербург).

Результаты: За 2007–2017 годы увеличился интенсивный показатель заболеваемости ЗНО печени и внутривнутрипеченочных желчных протоков на 80,9% и ЗНО поджелудочной железы — на 55,2%. Показатель заболеваемости ЗНО желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков остался стабильным и в 2017 году составил 2,7 на 100 тыс. населения. В 10-летней динамике возрос интенсивный показатель смертности от ЗНО печени и внутривнутрипеченочных желчных протоков на 32,3% и ЗНО поджелудочной железы — на 21,0%. Показатель заболеваемости ЗНО желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков снизился на 12,9%. Индекс достоверности учета (отношение числа умерших от ЗНО к заболевшим) ЗНО печени и внутривнутрипеченочных желчных протоков составил 1,07–1,63, ЗНО желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков — 1,01–1,53, ЗНО поджелудочной железы — 0,88–1,13. По данным ПРР Челябинской области за 10 лет удельный вес посмертно учтенных случаев ЗНО печени и внутривнутрипеченочных желчных протоков увеличился на 51,1%, ЗНО желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков — на 22,2%, ЗНО поджелудочной железы — на 24,8%. Кумулятивный показатель 5-летней скорректированной выживаемости больных ЗНО печени и внутривнутрипеченочных желчных протоков за 2007–2017 годы снизился на 2,4%, ЗНО желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков — на 1,7%. Кумулятивный показатель 5-летней скорректированной выживаемости больных ЗНО поджелудочной железы увеличился на 1,6%, но динамика его крайне нестабильна.

Заключение: Оценка многолетней динамики аналитических показателей состояния онкологической помощи больным с ЗНО ГПДЗ в Челябинской области неудовлетворительна. Имеет место недоучет первичных больных и низкое качество прижизненной диагностики этой группы заболеваний. Возможное решение проблемы — организация контроля за работой кабинетов ультразвуковой диагностики медицинских организаций.

■ Другое

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ПУРИНОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ МЕТФОРМИНА

О. П. Шатова¹, Е. Ф. Комарова¹, Р. В. Ищенко², Е. Ю. Комарова³

Место работы: 1. ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» МЗ РФ, Москва; 2. ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и ме-

Другое

дицинских технологий ФМБА России», Москва; 3. ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Эл. почта: katitako@gmail.com

Цель: Изучить показатели катаболизма пуриновых нуклеотидов в опухолевых тканях рака молочной железы на фоне приёма метаболической терапии метформинном.

Материалы и методы: В гомогенатах опухолей, взятых во время оперативного вмешательства по поводу рака молочной железы (РМЖ) T2-4N1M0 (n=30, возраст 46–76 лет) оценивали концентрации аденозина, инозина, гипоксантина и активности аденозиндезаминазы (АДА) методом обратного-фазовой ВЭЖХ (Konikrom Plus, «Konik Group», Испания) на приборе с PDA-детектором. Пациентки основной группы (n=15) дополнительно в течение 3 месяцев до оперативного лечения к стандартной терапии получали метформин в дозе 1000 мг в день. Контрольная группа пациенток (n=15) получала комплексную терапию в соответствии со стандартными протоколами без дополнения. В качестве группы сравнения исследовали ткани молочной железы, взятых во время пластических операций здоровой молочной железы (n=10).

Результаты: В опухолевых тканях РМЖ основной группы пациентов активность АДА возрастала до $12,1 \pm 2,49$ нмоль/мин \times мг белка, превышая соответствующий показатель у пациенток контрольной группы — $4,77 \pm 0,94$ нмоль/мин \times мг белка ($p < 0,001$). Показатели концентрации аденозина во всех изученных гомогенатах рака молочной железы были значительно выше, чем в здоровых тканях ($0,0005$ – $0,001$ мкмоль/г ткани) ($p < 0,001$). Однако, содержание аденозина значимо не отличалось у больных сравниваемых групп: у пациенток, принимавших метформин — $0,226 \pm 0,148$ мкмоль/г ткани против $0,186 \pm 0,056$ мкмоль/г ткани у больных контрольной группы ($p = 0,401$). У пациенток, принимавших метформин, средний уровень инозина в опухолях составлял $0,121 \pm 0,041$ мкмоль/г ткани, что значительно превышало соответствующий показатель в контрольной группе — $0,042 \pm 0,015$ мкмоль/г ткани ($p < 0,001$). На фоне терапии метформинном существенно (в 3,5 раза) возрастало и содержание гипоксантина. Среднее значение уровня гипоксантина в основной группе пациенток составило $2,45 \pm 0,43$ мкмоль/г ткани, тогда как в контрольной группе — всего $0,711 \pm 0,269$ мкмоль/г ткани ($p < 0,001$). В отличие от полученных данных по инозину, содержание которого в злокачественных опухолях оказалось ниже нормальных значений, концентрация гипоксантина даже в контрольной группе значительно превышала показатели, характерные тканям здоровой молочной железы ($0,170$ – $0,300$ мкмоль/г ткани). Различия между сравниваемыми группами достоверны во всех случаях при $p < 0,001$.

Заключение: Обнаруженное под влиянием дополнения комплексной терапии РМЖ метформинном статистически значимое повышение в опухоли активности АДА почти в три раза в сравнении с контрольной группой не изменяет содержания её субстрата — аденозина, что может говорить о детерминированном содержании последнего

в опухолевой ткани. Прирост в опухолевом узле РМЖ двух промежуточных продуктов, последовательно образующихся в одном метаболическом пути — инозина и гипоксантина — возможно связан с ингибированием метформинном ксантиноксидазы, однако это предположение требует дальнейших исследований.

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПОЧКИ НА ОПУХОЛЕВУЮ И СИСТЕМНУЮ ЭКСПРЕССИЮ КОМПОНЕНТОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ

Р. А. Осокин¹, О. И. Кит², Е. Ф. Комарова³, И. А. Абоян², А. Ю. Максимов², Е. Ю. Комарова¹

Место работы: 1. ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону; 2. ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону; 3. ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, Москва
Эл. почта: katitako@gmail.com

Цель: Исследовать состояние ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) в опухолевой ткани и сыворотке крови у больных локализованным раком почки на фоне артериальной гипертензии.

Материалы и методы: В исследование были включены больные локализованным раком почки T1N0M0 (ЛРП), возрастом от 35 до 65 лет, которые были разделены на группы: больные ЛРП и эссенциальной артериальной гипертензией I–II степени (АГ) без специального лечения АГ (n = 40; ЛРП АГ) и больные ЛРП без нарушения артериального давления (n=35, ЛРП). Образцы опухолевой ткани и визуально интактной ткани (ткань выше линии резекции) забирали при проведении пациентам робот-ассистированной резекции почки. Забор крови из периферической вены у всех обследуемых производили в состоянии покоя за 1 сутки до оперативного вмешательства. Уровень ангиотензина I (АТ1), ангиотензина II (АТII), ангиотензинпревращающего фермента 1 и 2 типа (АПФ и АПФ2) определяли методом ИФА. Нормативные значения исследованных показателей периферической крови выявляли у практически здоровых лиц аналогичного возраста (здоровые доноры, n=35).

Результаты: В опухолевой ткани больных без артериальной гипертензии средний уровень содержания АТ1 и АТII превышал показатели визуально интактной ткани в 1,4 и 1,9 раза соответственно (во всех случаях $p < 0,01$). Концентрация АПФ в ткани опухоли этой группы также превышала показатели в визуально интактной ткани в 2,7 раза ($p < 0,01$). Уровень АПФ2 в ткани опухоли почки был повышен по сравнению с гистологически неизменной тканью в 1,4 раза и соотношение АПФ/АПФ2 указывало на преобладание уровня АПФ в опухолевой ткани. Аналогичное увеличение тканевого уровня АТ1, АТII и АПФ2 бы

выявлено в опухоли больных ЛРП АГ: 1,6; 2,2 и 1,8 раза соответственно (во всех случаях $p < 0,01$ относительно показателей в визуально интактной ткани). Содержание АПФ в опухолевом узле статистически значимо не отличалось от визуально интактной ткани. Однако, при сравнительном анализе показателей во всех образцах при ЛРП у нормотензивных и гипертензивных больных был показан достоверно более высокий исходный уровень показателей РААС у больных ЛРП на фоне АГ. В группе ЛРП АГ коэффициент АПФ/АПФ2 в визуально интактной ткани выше, чем в опухоли в 1,7 раз ($p < 0,05$). Однако, при сравнительном анализе показателей во всех образцах опухолевой и визуально интактной ткани при ЛРП у нормотензивных и гипертензивных больных показан достоверно более высокий исходный уровень у больных ЛРП на фоне АГ. Исходный уровень изученных показателей РААС в сыворотке крови больных группы ЛРП АГ был повышен по сравнению с аналогичными у здоровых доноров. Так, содержание АТ1 и АТII было увеличено в 2,2 и 2,6 раз соответственно (во всех случаях $p < 0,01$). Содержание АПФ и АПФ2 также превышают нормальные показатели (в среднем в 2,4 раза), однако коэффициент их соотношения указывает на превалирование синтеза АПФ. В случае нормотензивных больных РП был обнаружен повышенный уровень компонентов РААС АТ1, АТII АПФ и АПФ2 в 1,4; 1,6; 1,8 и 1,4 раза соответственно по сравнению с показателями у здоровых доноров (во всех случаях $p < 0,01$). Сравнительный анализ показателей РААС в сыворотке крови между исследуемыми группами обнаружил более высокий исходный их уровень у больных ЛРП АГ.

Заключение: Обнаружен повышенный уровень компонентов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у больных локализованным раком почки как на тканевом, так и на системном уровне. Показано, что наличие артериальной гипертензии у больных раком почки сопряжено в более высоким исходным уровнем компонентов РААС в опухоли и сыворотке крови в сравнении с пациентами без гипертензии. Выявленный различный уровень компонентов РААС в сыворотке крови больных раком почки без артериальной гипертензии по сравнению со здоровыми донорами при дальнейших исследованиях может способствовать разработке способов прогноза развития злокачественного процесса при данной нозологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНЫМ РАКОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

О. И. Кит, Л. Ю. Владимирова, Е. Н. Колесников, А. Э. Сто-
рожакова, А. В. Снежко, М. Н. Черняк, Т. А. Снежко,
Н. Ю. Саманева, Е. А. Калабанова

Место работы: ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону
Эл. почта: tatyana_snezhko@mail.ru

Цель: Оценить возможности лечения с использованием мультидисциплинарного подхода и его эффективность у больных с гепатоцеллюлярной карциномой на материале ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» МЗ РФ.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ клинических данных 124 больных первичным раком печени, обратившихся в Ростовский научно-исследовательский онкологический институт. Морфологическая верификация выполнялась трепанбиопсией печени под УЗ-контролем или после хирургической резекции. У 40 пациентов для уточнения диагноза выполнялось ИГХ-исследование. Заболевание выявлялось на поздних стадиях (III–IV) у 79,8% больных (99 человек), 79 больных (64%) — мужчины, 45 больных (36%) — женщины. Средний возраст больных составил 61,4 года, причем моложе 70 лет — 98 больных (79%). Антитела к вирусному гепатиту В выявлялись у 18 больных (14,5%), к вирусному гепатиту С — у 35 больных (28,2%). Цирроз печени отмечался в 38 случаях (30,6%), класса А по классификации Чайлд-Пью — в 20 случаях (16,1%). В ФГБУ РНИОИ МЗ РФ внедрен в клиническую практику мультидисциплинарный подход к определению тактик лечения больных с гепатоцеллюлярным раком. Принятие решения осуществляется на основе тесного сотрудничества следующих специалистов: абдоминальный хирург, интервенционный радиолог, гепатолог и химиотерапевт. Применение специальных методов лечения было возможно у 67 больных (54%). Из 32 больных, которые при стадировании по BCLC (Барселонская система стадирования) были отнесены к ранней (А), либо промежуточной стадии (В) выполнялось оперативное лечение, либо проводилась химиоэмболизация печеночной артерии (ХЭПА) липиодолом или микросферами с использованием различных цитостатиков (18 и 14 пациентов соответственно). В 35 случаях распространенной стадии С проводилась системная терапия с использованием различных цитостатиков (гемицитабин, оксалиплатин, доксорубицин) либо таргетного препарата сорафениб. Эффективность терапии оценивалась по критериям mRECIST.

Результаты: Лучшие результаты медианы общей выживаемости (ОВ) — до 21 месяца, отмечены в группе пациентов ($n=18$), которым выполнялись хирургические вмешательства резекционного объема (гемигепатэктомии, сегментэктомии или атипичные резекции печени). В этой группе у двух больных после операции был использован

Другое

сорафениб. При выполнении ХЭПА медиана ОВ составила 14,2 мес. У 6 больных ХЭПА выполнялась 2 и более раз. Из 14 больных, которым проводилась ХЭПА, в 8 случаях был назначен сорафениб, и медиана ОВ в этой группе составила 16,3 мес. Эффективность проведения химиотерапии у 15 больных отнесенных к стадии С по BCLC была низкой. Наиболее часто использовалась схема GemOx (гемцитабин, оксалиплатин) или монотерапия гемцитабином. Медиана ОВ в группе пациентов, получавших только химиотерапию, составила 4,8 месяцев. Таргетная терапия препаратом сорафениб проведена у 20 больных. У 4 больных терапия была начата в редуцированной дозе (400 мг/сутки), остальные получали препарат в стандартной дозировке (800 мг/сутки). Наиболее частыми побочными эффектами являлись: кожная токсичность 1–2 степени, в том числе ладонно-подошвенный синдром, тромбоцитопения (1–3 степени), общая слабость, тошнота. У 3 больных вышеуказанные побочные явления привели к временному снижению дозы препарата, у 1 больного — к его отмене. У 16 больных после 3 месяцев приема препарата была достигнута стабилизация заболевания по критериям mRECIST, у 1 больного — частичный ответ, у 3 — прогрессирование заболевания. Медиана ОВ составила 9,1 мес., выживаемость без прогрессирования среди пациентов, получавших сорафениб, составила 5,4 мес.

Заключение: Использование в клинической практике мультидисциплинарного подхода позволяет выбрать оптимальный вариант лечения гепатоцеллюлярного рака и способствует улучшению показателей общей выживаемости. Сочетание локальных методов лечения (хирургическое лечение, ХЭПА) с эффективной лекарственной терапией является наиболее оптимальным подходом к лечению больных с распространенными стадиями ГЦК.

ДЕФЕКТЫ КАЧЕСТВА ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РАМКАХ ИСПОЛНЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА «БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»

А. А. Старченко, О. В. Тарасова, С. А. Перегудин

Место работы: ООО «Капитал МС», Москва

Эл. почта: alstar3@mail.ru

Цель: Во исполнение требований Методических рекомендаций по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания ФОМС от 31.08.2018 г. определить нарушения в оказании онкологической помощи, требующие незамедлительного принятия ряда управленческих решений на уже имеющей правовой базе.

Материалы и методы: Экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Результаты: В большинстве медицинских карт стационарного больного круглосуточного и дневного стационара выявлено одновременно 4–6 дефектов медицинской помощи. Разделом «VII. Выявляемые дефекты оказания медицинской помощи онкологическим больным» Методических рекомендаций по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания» ФОМС (2018 г.), определены нарушения в соответствии с приложением 8 к приказу ФОМС от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее Порядок контроля) и выявляемые дефекты оказания медицинской помощи, определившие применение финансовых (удержания) и штрафных санкций: 1) код дефекта «3.2.1.: — отсутствие расчета разовой дозы химиотерапевтического препарата, обоснования режима химиотерапии, способа и кратности введения лекарственного препарата, длительности курса и обоснования назначения конкретного лекарственного средства или их комбинаций, предусмотренных клиническими рекомендациями; — отсутствие рекомендаций о конкретной дате явки для последующего курса химиотерапии, рекомендаций проведения контрольных лабораторных и инструментальных исследований и сроках их проведения; 2) код дефекта «3.2.3.: — введение химиопрепарата в дозе, не соответствующей расчету по площади поверхности тела или массе тела пациента, предусмотренному действующими клиническими рекомендациями Ассоциации онкологов России; — необоснованные объективными причинами нарушения дозо-интервальных требований Клинических рекомендаций; — отсутствие полнообъемной и своевременной поддерживающей терапии и терапии, направленной на профилактику осложнений химиотерапии; — невыполнение требований своевременности начала, окончания и возобновления очередного цикла введения химиопрепаратов (гормонотерапии, таргетной терапии) или лучевой терапии, предусмотренных Клиническими рекомендациями Ассоциации онкологов России; — несоблюдение сроков лечения курсами химиотерапии; — отсутствие данных о коррекции сопутствующих заболеваний; — невыполнение показанных контрольных лабораторных и инструментальных исследований; — невыполнение в необходимых случаях злокачественных новообразований молекулярно-генетических исследований мутаций генов, результаты которых являются показанием для назначения таргетной терапии, создающее риск прогрессирования злокачественных новообразований; — невыполнение молекулярно-генетических исследований мутаций генов, результат которых может быть противопоказанием для

выполнения органосохраняющих хирургических операций, создающее риск прогрессирования злокачественных новообразований; — отсутствие обоснований отказа от назначения схем химио- и таргетной терапии на основе прогноза показателей выживаемости без прогрессирования, безрецидивной и общей выживаемости и эффективности терапии, создающее риск прогрессирования злокачественных новообразований. 3) код дефекта «4.2.: — отсутствие полного протокола консилиума; — отсутствие полных протоколов гистологического и иммуногистохимического исследований; — отсутствие иных исследований или их интерпретаций; 4) код дефекта «4.3.: — отсутствие в первичной медицинской документации информированного добровольного согласия пациента на определенное (химиотерапевтическое, хирургическое и т.д.) медицинское вмешательство (информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи) и на отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ. В большинстве медицинских карт стационарного больного круглосуточного и дневного стационара выявлено одновременно 4–6 дефектов медицинской помощи. Обращает особое внимание невыполнение в необходимых случаях злокачественных новообразований молекулярно-генетических исследований мутаций генов, результаты которых являются показанием для назначения таргетной терапии, создающее риск прогрессирования злокачественных новообразований отказом от назначения современной таргетной терапии в отсутствии результатов генетических исследований мутаций генов. Включение в раздел «Иная диагностика» Клинических рекомендаций АОР 2018 г. «Меланома», «Рак легкого», «Рак ободочной кишки», «Рак прямой кишки», выполнение молекулярно-генетических исследований наличия мутаций генов BRAF, c-Kit, EGFR, RAS, KRAS, NRAS, транслокации ALK, ROS1 дает право пациентам с метастатическими формами на бесплатный доступ как к данным исследованиям, так и, на основании их результатов, к самой таргетной терапии, включенной в оплату в системе ОМС и направленной на снижение темпов опухолевой прогрессии, улучшение качества и продолжительности жизни. Так например, при раке молочной железы и яичников: наличие клинически значимых мутаций BRCA1/2 позволяет определить пациенток, у которых наиболее эффективна терапия PARP-ингибиторами — Олапариб — Дневной стационар — 9 уровень КСГ — Коэффициент затратоемкости — 20,01.

Заключение: Обращает особое внимание невыполнение в необходимых случаях злокачественных новообразований молекулярно-генетических исследований мутаций генов, результаты которых являются показанием для назначения таргетной терапии, создающее риск прогрессирования злокачественных новообразований отказом от назначения современной таргетной терапии в отсутствии результатов генетических исследований мутаций генов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОКУЛЬТТЕСТА HEXAGON ОБТИ И МОЛЕКУЛЯРНОГО МАРКЕРА TIMP-1 В ДИАГНОСТИКЕ И СКРИНИНГЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

М. А. Старостина¹, Э. А. Афанасьева², Р. А. Старостин³

Место работы: 1. ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ РТ, Казань; 2. КГМА — филиал ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, Казань; 3. ФГБОУ ВО «КГМУ» Минздрава России, Казань

Эл. почта: mister.aydarovi4@bk.ru

Цель: Оценить информативность комбинированного применения неинвазивных тестов — гемокультеста Hexagon ОБТИ и молекулярного теста TIMP-1 в диагностике и скрининге колоректального рака (КРР).

Материалы исследования: Образцы кала 63 больных КРР, 1071 человека, подвергнутых скринингу, и 20 здоровых доноров. Определяли чувствительность, специфичность, точность используемых тестов и их комбинации. Скрытую кровь в кале определяли с помощью экспресс-анализа кала на скрытую кровь Hexagon ОБТИ (HUMAN, Германия). Результат считался положительным при проявлении двух полосок. Исследование уровня TIMP-1 в копрофильтрах проводилось с использованием наборов для твердофазного иммуноферментного анализа — ИФА (Human TIMP-1 Quantikine ELISA Kit R& D Systems, USA) согласно инструкции по применению, с нашей модификацией. Статистический анализ был проведен с использованием программы BIOSTATISTICA.

Результаты: В группе больных КРР Hexagon ОБТИ был положительным у 54 больных (85,7%), отрицательным у 9 человек. Уровень TIMP-1 в копрофильтрах больных КРР был выше по сравнению с таковым в группе здоровых. Чувствительность, специфичность, точность Hexagon ОБТИ и TIMP-1 в диагностике КРР составили 86,2%, 93,8%, 87,7% и 76,2%, 95%, 80,7% соответственно. В ходе скрининга Hexagon ОБТИ был положительным во всех трех случаях выявленного рака прямой кишки, т.е. чувствительность — 100%. Тест был ложно отрицательным при раке ободочной кишки, т.е. чувствительность при КРР — 75%. Ложно положительным гемокультест был у 22 (2,05%) человек: у 17 человек с геморроем, у 1 — с ворсинчатым полипом прямой кишки и у 4 здоровых лиц. Информативность теста Hexagon ОБТИ при скрининге: чувствительность — 75%, специфичность — 97,9%, точность — 98,2%.

Материал исследования TIMP-1 при скрининге: образцы кала 73 обследуемых. Максимальный уровень TIMP-1 выявлен при раке прямой кишки и тубулярной аденоме. Уровень достоверно отличается от уровня TIMP-1 при других заболеваниях толстой кишки и от уровня TIMP-1 в группе здоровых ($p < 0,05$). Информативность TIMP-1 при скрининге: чувствительность — 100%, специфичность — 70,83%, точность — 76%. Информативность комплексного применения Hexagon ОБТИ и TIMP-1 при скрининге КРР была следующей: чувствительность — 100%, специфичность — 97,3%, точность — 97,3%. Оценить информативность комбинирован-

Другое

ного применения неинвазивных тестов — гемокульттестов Hexagon OBTI и молекулярного теста TIMP-1 в диагностике и скрининге колоректального рака (КРР).

Материал исследования: образцы кала 63 больных КРР, 1071 человека, подвергнутых скринингу, и 20 здоровых доноров. Определяли чувствительность, специфичность, точность используемых тестов и их комбинации. Скрытую кровь в кале определяли с помощью экспресс-анализа кала на скрытую кровь Hexagon OBTI (HUMAN, Германия). Результат считался положительным при проявлении двух полосок. Исследование уровня TIMP-1 в копрофильтра-тах проводилось с использованием наборов для твердофазного иммуноферментного анализа — ИФА (Human TIMP-1 Quantikine ELISA Kit R & D Systems, USA) согласно инструкции по применению, с нашей модификацией. Статистический анализ был проведен с использованием программы BIOSTATISTICA. В группе больных КРР Hexagon OBTI был положительным у 54 больных (85,7%), отрицательным у 9 человек. Уровень TIMP-1 в копрофильтра-тах больных КРР был выше по сравнению с таковым в группе здоровых. Чувствительность, специфичность, точность Hexagon OBTI и TIMP-1 в диагностике КРР составили 86,2%, 93,8%, 87,7% и 76,2%, 95%, 80,7% соответственно. В ходе скрининга Hexagon OBTI был положительным во всех трех случаях выявленного рака прямой кишки, т.е. чувствительность — 100%. Тест был ложно отрицательным при раке ободочной кишки, т.е. чувствительность при КРР — 75%. Ложно положительным гемокульттест был у 22 (2,05%) человек: у 17 человек с геморроем, у 1 — с ворсинчатым полипом прямой кишки и у 4 здоровых лиц. Информативность теста Hexagon OBTI при скрининге: чувствительность — 75%, специфичность — 97,9%, точность — 98,2%.

Материал исследования TIMP-1 при скрининге: образцы кала 73 обследуемых. Максимальный уровень TIMP-1 выявлен при раке прямой кишки и тубулярной аденоме. Уровень достоверно отличается от уровня TIMP-1 при других заболеваниях толстой кишки и от уровня TIMP-1 в группе здоровых ($p < 0,05$). Информативность TIMP-1 при скрининге: чувствительность — 100%, специфичность — 70,83%, точность — 76%. Информативность комплексного применения Hexagon OBTI и TIMP-1 при скрининге КРР была следующей: чувствительность — 100%, специфичность — 97,3%, точность — 97,3%. Таким образом, информативность комплексного применения Hexagon OBTI и TIMP-1 оказалась выше информативности этих тестов в отдельности, что делает актуальным их применение в комбинации при скрининге КРР в качестве неинвазивных тестов.

Заключение: Таким образом, информативность комплексного применения Hexagon OBTI и TIMP-1 оказалась выше информативности этих тестов в отдельности, что делает актуальным их применение в комбинации при скрининге КРР в качестве неинвазивных тестов.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Т. А. Зыкова, Л. Ю. Владимирова, О. В. Кательницкая, А. А. Маслов, Е. А. Шевякова, И. Б. Лысенко, Н. А. Абрамова, А. Э. Сторожакова, И. Л. Попова, К. А. Новоселова, Н. М. Тихановская, А. А. Лянова, Л. А. Рядинская, А. В. Тишина, И. С. Тищенко, С. Н. Кабанов, Е. А. Калабанова

Место работы: ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» МЗ РФ, Ростов-на-Дону

Эл. почта: tatiana2904@yandex.ru

Цель: Оценить распространенность полиморфных аллельных вариантов генов системы гемостаза у онкологических больных. **Материал и методы.** Обследовано 213 онкологических больных. В образцах геномной ДНК, полученной из периферической крови, исследовали восемь полиморфных локусов генов факторов свертывания крови: фактора II, F2, (G20210A, rs1799963), фактора V Лейден, F5 (G1691A, rs6025), фактора VII, F7 (G10976A, rs6046), фактора XIII, F13 (G226A, rs5985), фибриногена, FGB G (-455) A (rs1800790), тромбоцитарного рецептора к коллагену ITGA2-?2 интегрин (C807T, rs1126643), тромбоцитарного рецептора фибриногена ITGB3-b (T1565C, rs5918), ингибитора активатора плазминогена PAI-14G (-675) 5G, rs1799889). **Результаты.** Мутантные аллели полиморфных сайтов генов системы гемостаза в различных сочетаниях выявлены у 210 больных (98,6%). Частота носительства «аллелей риска» F2 (G20210A) составила 1,6%, F5 (G1691A) — 3,5%, F7 (G10976A) — 13,4%, F13 (G226A) — 28,2%, FGB G (-455) A — 24,9%, ITGA2-?2 (C807T) — 41,5%, ITGB3-b (T1565C) — 15,5%, PAI-14G (-675) 5G — 56,6%. Установлено статистически значимое превышение частоты распространенности у онкологических больных аллеля А в гене F5 ($p=0,0169$), аллеля А в гене F13 ($p=0,0007$), аллеля А в гене FGB ($p<0,0001$) и аллеля Т в гене ITGA2 ($p=0,0201$) по сравнению с мировой популяцией (dbSNP NCBI (TOPMED)). В тех же локусах, за исключением ITGA2-?2 (C807T), установлены статистически значимые отличия частоты распространенности «аллелей риска» при различных локализациях онкологического процесса. Так, полиморфный вариант F5 (G1691A) чаще определялся у больных РЛ (8,3%) по сравнению с опухолями ЖКТ (1,4%, $p=0,03, ?2=4,85$); F7 (G10976A) гетерозигота чаще у больных РЛ (38,9%) по сравнению с лимфомами (6,7%, $p=0,03, ?2=4,63$); F13 (G226A) гомозигота по мутантному аллелю чаще у больных лимфомами (20,0%) по сравнению с РМЖ (2,7%, $p=0,03, ?2=6,94$; OR=0,11, 95% CI: 0,02–0,75); FGB G (-455) A гомозигота по мутантному аллелю чаще при опухолях ЖКТ (4,3%) по сравнению с РЛ (0,0%, $p=0,03, ?2=4,49$) и опухолями женской репродуктивной системы (0,0%, $p=0,03, ?2=4,81$). У 108 больных (50,7%) альтернативные аллели встречались в генах, затрагивающих все звенья системы гемостаза (плазменное, тромбоцитарное, фибринолитическое), а у 82 (38,5%) два звена в различных сочетаниях. **Заключение.** «Аллели риска» полиморфных локусов генов системы гемостаза выявлены

у 98,6%. У абсолютного большинства из них определена комбинация нескольких мутантных аллелей в различных звеньях системы свертывания крови, что вызывает потребность в изучения вопроса о целесообразности проведения антиагрегантной терапии, наряду с антикоагулянтной.

ОПЫТ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН В РАМКАХ ПРОГРАММ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛАССИФИКАЦИИ ACR BI-RADS

Авторы: Я. Л. Геращенко

Место работы: Международный медицинский центр «Согаз», Санкт-Петербург

Эл. почта: 9119736687@mail.ru

Цель: Представить данные об использовании международной системы BI-RADS в работе врача онколога-маммолога, отметить особенности применения данной методики при принятии решений на лечебно-диагностическом приеме.

Материалы и методы: ретроспективно проанализированы МК 213 пациенток за период с 03.2018 по 03.2019 гг. Количество женщин в группе А (до 50 лет) составило 152 человек. Количество женщин в группе В (старше 50 лет) составило 61 человек.

Методы обследования: анамнестический, осмотр, пальпация, ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез (МЖ), маммография (МГ), магнитно-резонансная томография (МРТ). Критерии оценки наличия или отсутствия патологии МЖ основывался на анализе жалоб, ультразвуковых (УЗ), МГ, МРТ и пальпаторных данных о толщине, плотности, размерах и соотношении тканей. Средний возраст всех обследованных женщин, включенных в исследование 43,6 года. Минимальный возраст составил 17 лет, максимальный 85 лет. Женщинам старше 35 лет выполняли МГ и УЗИ МЖ, младше 35 лет выполнялось УЗИ МЖ. По показаниям выполняли МРТ МЖ с внутривенным контрастированием. Все исследования МЖ у женщин с регулярным менструальным циклом проводили с 5 по 10 день цикла. Регистрация данных в электронной МК и анализ показателей проводились в Медицинской информационной системе «МЕДИАЛОГ», версия 2.5 (ООО «Пост Модерн Текнолоджи»). Статистические данные представлены в виде абсолютных цифр и среднего арифметического.

Результаты: Инструментальное обследование в объеме УЗИ МЖ выполнено 197 (92,5%) пациенткам. В группе А — 147 (96,7%). В группе В — 50 (81,9%). МГ МЖ выполнена 145 (68%) пациенткам. В группе А — 86 (56,6%). В группе В — 59 (96,7%). МРТ МЖ выполнена 9 (3,7%) пациенткам. В группе А — 7 (4,6%). В группе В — 2 (3,3%). МРТ МЖ назначалось пациенткам в заключениях МГ которых были выявлены изменения 0 и 3 категории, но по данным протокола УЗИ установлена 2 категория. У данных пациенток

МГ находки не подтверждались и не могли быть уточнены при УЗИ. Так же МРТ выполнена пациентке, у которой были установлены импланты и МГ не могла быть выполнена. В группе А, в оформленных по системе ACR BI-RADS протоколах УЗИ МЖ 1 категории — 15 (10,2%) женщин, 2 категории у 114 (77,5%), 3 категории — у 17 (11,6%) женщин. МГ 0 категории — у 18 (20,9%) женщин, 1 категории — у 3 (3,5%) женщин, 2 категории — у 51 (59,3%) женщин, 3 категории — у 9 (10,5%) женщин. МРТ МЖ 2 категории — у 4 (57,1%) 3 категории — у 3 (42,8%) обследованных данным методом женщин. По результатам обследования у 25 (16,4%) женщин патологии молочных желез не выявлено. В заключении МГ и УЗИ у них категория BI-RADS 1 и 2. Рекомендуемый тур повторного обследования 1 раз в 2 года. В группе В, в оформленных по системе ACR BI-RADS протоколах УЗИ МЖ 1 категории — 10 (20%) женщин, 2 категории — у 34 (68%), 3 категории — у 2 (4%) женщин, 5 категории — 1 (2%) женщины. МГ 0 категории — у 3 (5%) женщины, 1 категории — у 9 (15,2%) женщин, 2 категории — у 19 (32,2%) женщин, 3 категории — у 5 (8,5%) женщин, 5 категории — у 1 (1,7%) женщин. МРТ МЖ 2 категории — у 1 (50%) 3 категории — у 1 (50%) обследованных данным методом женщин. По результатам обследования у 23 (37,7%) женщин патологии молочных желез не выявлено. В заключении МГ и УЗИ у них категория BI-RADS 1 и 2. Рекомендуемый тур повторного обследования через 1 год. 1 пациентке с 5 категорией ACR BI-RADS выполнена трепан-биопсия образования МЖ под УЗ контролем — получена морфологическая верификация процесса, выявлена аденокарцинома. Пациентка направлена на оперативный этап лечения в специализированное онкологическое учреждение.

Заключение: Использование классификации ACR BI-RADS значительно улучшает взаимопонимание специалистов между собой, упрощает алгоритм принятия решений в пользу выполнения биопсии, или динамического контроля и лечения. Согласно алгоритму ACR BI-RADS установка и смена категории выявленных изменений ткани МЖ входит в компетенцию врача специалиста радиолога. При этом в Европе и США подразумевается обязательный вариант прочтения маммограмм двумя независимыми радиологами. Однако в России врачи рентгенологической службы не всегда работают в дублирующем составе и не всегда изменяют категорию в собственном протоколе, даже если имеют заключения других уточняющих исследований. Безусловно, система должна совершенствоваться и адаптироваться в российских условиях. Немаловажным было бы на основе данной классификации создать клиническую классификацию изменений ткани молочной железы BE-RADS (The Breast Examination Reporting and Data System), позволяющую врачу-клиницисту (маммологу, онкологу, гинекологу), на основании совокупности полученных клинических и инструментальных данных, устанавливать свою обобщенную категорию изменений ткани молочной железы. Соответственно, для каждой категории определялась бы лечебная и диагностическая тактика.

Другое

**ГЕНДЕРНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ
ДОКЛАДЧИКОВ И ЧЛЕНОВ ПРЕЗИДИУМА
НА РОССИЙСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ
КОНГРЕССЕ В 2014–2018 ГГ.**П. С. Шило¹, Е. А. Барон², В. В. Гуцин²**Место работы:** 1. Клиника амбулаторной онкологии «Луч», Санкт-Петербург; 2. Клиника Мерси, Балтимор, США**Эл. почта:** polinashilo0@gmail.com»

Введение: Международное онкологическое сообщество рассматривает гендерное неравенство как препятствие здоровой конкуренции в науке, приводящее к потере эффективных лидеров. В России женщины преобладают среди сотрудников в онкологических специальностях, однако их роль в качестве научных лидеров остается неясной. Приглашение к участию в конференциях в качестве спикера или члена президиума отражает позицию врача и исследователя в иерархии профессионального сообщества. Цель нашего исследования — оценить гендерное распределение докладчиков и членов президиума как суррогатного показателя лидерства на примере одного из самых крупных онкологических мероприятий — ежегодного Российского онкологического конгресса (РОК).

Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ программ РОК: собраны данные о гендерной принадлежности докладчиков и членов президиума с 2014 по 2018 годы. Участие одного и того же человека в нескольких сессиях или в разных ролях на одной сессии расценивалось в качестве отдельного случая. Данные представлены методами дескриптивной статистики, а различия между группами оценивались с помощью U-критерия Манна-Уитни. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: Для анализа были доступны данные 325 сессий, 796 членов президиума и 1756 спикеров. Количество мужчин в составе членов президиума значительно преобладало над количеством женщин, 520 (67,6%) vs. 249 (32,4%), $p = 0,002$. Аналогичная тенденция была обнаружена с количеством докладчиков: 1064 (60,6%) мужчин vs 693 (39,4%) женщин, $p = 0,003$. Гендерное распределение варьировало в зависимости от тематики сессий: наименьший процент женщин принимал участие в хирургических сессиях в составе членов президиума (8,7%) и спикеров (22,8%). Единственной сессией, где преобладали женщины, были вопросы поддерживающей терапии (63,0% в президиуме, 74,5% — спикеры). С 2014 по 2018 год значительно увеличилось общее количество женщин в президиуме (27,9% vs. 36,6%, $p = 0,036$), и среди спикеров всех сессий (36,5% vs. 43,4%, $p = 0,048$). Количество женщин, принимающих участие в хирургических сессиях в качестве докладчиков и в составе членов президиума, в 2018 году также увеличилось по сравнению с 2014 годом, 18,5% vs 26,7%, $p = 0,061$, и 3,1% vs 9,4%, $p = 0,143$, соответственно.

Заключение: Мужчины чаще приглашаются в качестве спикеров и членов президиума РОК, что может свидетельствовать о гендерном неравенстве среди лидеров россий-

ской онкологии. Эти данные могут быть использованы в дальнейших исследованиях и планировании кадровой политики.

**ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН
С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

А. И. Ахмедова, Е. С. Полушкина, Р. Г. Шмаков

Место работы: ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» Минздрава России, Москва**Эл. почта:** epolushkina@mail.ru

Актуальность: Злокачественные опухоли во время беременности наблюдаются с частотой от 0,05 до 0,1% от всех случаев рака, выявленных в общей популяции, и, в последнее время, отмечается тенденция к росту их числа. Наиболее распространенными опухолями во время беременности являются: рак молочной железы, лимфомы, рак шейки матки, рак щитовидной железы, меланома и лейкозы. Рост онкологической заболеваемости среди беременных женщин диктует необходимость создания алгоритмов ведения беременности и лечения заболевания. **Цель:** Проанализировать особенности ведения и течения беременности у женщин с онкологическими заболеваниями.

Материалы и методы: Ключевую роль в прогнозе заболевания играет своевременная диагностика опухоли, которая в период гестации имеет свои особенности и трудности. У беременных женщин клиническая картина многих онкологических заболеваний стерта и может иногда расцениваться как симптомы, характерные для беременности (тошнота, слабость, анемия, боли или дискомфорт в животе и др.). При выборе метода диагностики следует исходить из необходимости сохранения здоровья матери и ребенка. Неинвазивным и безопасным методом выявления злокачественной опухоли в большинстве случаев является ультразвуковое исследование. Кроме того, рентгеновское исследование грудной клетки и маммография с брюшным экранированием, а также МРТ (без гадолиния) относятся к безопасным методам. С целью верификации вида опухоли, как и вне беременности, применяются цитологическое, гистологическое, иммуногистохимическое и другие исследования. В последние годы хирургическое лечение активно применяется в I–II триместрах беременности, а химиотерапия (ХТ) — во II и III триместрах. Однако к подбору химиопрепаратов необходимо подходить особенно внимательно и избирательно. Лучевая терапия может проводиться в I–II триместрах беременности с обязательным экранированием живота свинцовым фартуком.

Результаты: Нами было проведено наблюдение за 362 беременными с различными онкологическими заболеваниями. Из них ХТ во время беременности получала 131 пациентка, хирургическое лечение — 30, таргетную терапию (ингибиторы тирозинкиназы, моноклональные антитела) — 17, иммунотерапию — 89, другое лечение — 47, лечение не проводилось

в 69 случаях. Наиболее частым осложнением беременности у женщин с онкологическими заболеваниями является анемия, особенно при проведении ХТ ($p=0,01$). У пациенток с неходжкинскими лимфомами выявлена высокая частота катетер-ассоциированных венозных тромбозов (37,5%) на фоне проведения ХТ. У женщин с миелопролиферативными новообразованиями (МПН) наиболее часто встречаются репродуктивные потери, преэклампсия, задержка роста плода и тромбозы различной локализации. Разработанный алгоритм ведения беременности и лечения пациенток с МПН позволил снизить количество репродуктивных потерь с 70% до 6,9%. Высокий риск развития осложнений у пациенток с онкопатологией требует регулярного мониторинга состояния здоровья плода. Динамический контроль включает проведение ультразвукового исследования, доплерометрии плода перед началом проведения лечения и после каждого курса ХТ и кардиоотографии. Родоразрешение необходимо производить как можно ближе к доношенному сроку и/или через 3-х недельный интервал между последним циклом ХТ и родоразрешением.

Заключение: Беременные с онкологическими заболеваниями относятся к группе высокого риска по развитию осложнений. Поэтому ведение беременности должно осуществляться только совместно с онкологом/гематологом. К основным принципам ведения беременности у онкологических пациенток относятся своевременное выявление заболевания, определение тактики и начала лечения, диагностика и профилактика осложнений беременности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПОГРАНИЧНЫМИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Е. В. Козырко, Р. Г. Шмаков, Ю. В. Степанова

Место работы: ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» Минздрава России, Москва

Эл. почта: lenochka525@gmail.com

Цель: Изучение особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с пограничными и злокачественными опухолями яичников.

Материалы и методы: В исследовании были проанализированы 13 беременностей у 12 женщин с пограничными и злокачественными опухолями яичников. В 1 группу вошли 7 женщин с пограничными опухолями яичников, во 2 группу — 5 женщин со злокачественными опухолями яичников. Методами диагностики как вне, так и во время беременности послужили: УЗИ органов малого таза, УЗИ органов брюшной полости. Для подтверждения диагноза в ряде случаев использовались КТ, МРТ, ЭГДС, ректороманоскопия и маркеры опухолей яичника- СА-125, СА 19–9, АФП.

Результаты: возраст женщин от 23 до 37 лет. Структура злокачественных опухолей представлена: дисгерминомы — 3, рак — 2. У 6 женщин 1 группы опухоли выявлены в I триместре, у 1 — в III триместре. У 2 пациенток 2 группы диагностированы и пролечены злокачественные новообразования яичников за 1 год и 10 лет до наступления данной беременности и у 3 во время беременности диагностированы в I триместре — 1, во II триместре — 1, в III триместре — 1. Первая беременность была у 4 и 2 женщин, повторные беременности у 3 и 3 в 1 и 2 группах соответственно. Первородящими были 5 и 2 женщины, повторнородящие — 2 и 3 женщины в 1 и 2 группах соответственно. Беременность протекала без осложнений у 2 женщин из 1 группы, у которых злокачественные новообразования яичников диагностированы и пролечены за 1 год и 10 лет до наступления данной беременности. У остальных пациенток были те или иные осложнения. Так, угроза прерывания — у 5 и 4 женщин, анемия — у 3 и 2 пациенток в 1 и 2 группах соответственно. Хирургическое лечение во время беременности в 1 группе было произведено у 5 пациенток в сроке 16–17 недель в объеме: лапароскопия — аднексэктомия на стороне поражения, резекция второго яичника, резекция большого сальника, биопсия брюшины, взятие смывов с брюшной полости (перитонеальной жидкости) на цитологию, ревизия лимфатических узлов. У 1 пациентки при сроке беременности 30–31 неделя в объеме срединная лапаротомия, резекция яичников с обеих сторон, мультифокальная биопсия брюшины, резекция большого сальника. В случае злокачественных новообразований, выявленных во время беременности, сроки и объем операций решались индивидуально консилиумом с участием онкогинекологов. При дисгерминомах в обоих случаях во II триместре при сроке беременности 16–17 недель и в III триместре при сроке беременности 25–26 недель было произведено хирургическое лечение: в 1 случае — лапаротомия по Пфанненштилю, аднексэктомия на стороне поражения, во 2 случае — лапароскопия, резекция единственного яичника, взятие смывов с брюшной полости на цитологию. В одном случае у женщины со злокачественной эпителиальной опухолью яичника, распространенными метастазами в 24 недели беременности было произведено корпоральное малое кесарево сечение с пангистерэктомией, удалением большого сальника и проведение адьювантной химиотерапии. В 1 случае у пациентки с раком яичников Ia стадии во время данной беременности была проведена адьювантная химиотерапия (препараты платины), с последующим хирургическим радикальным лечением во время оперативного родоразрешения и химиотерапией в послеродовом периоде. Своевременные роды произошли в 7 случаях в 1 группе, в 4 случаях во 2 группе. Самопроизвольные роды были у 5 и 3 женщин в 1 и 2 группах соответственно, оперативные — по 1 женщине из каждой группы, путем операции малого кесарева сечения — у 1 пациентки во 2 группе. Оценка по Апгар новорожденных детей составила от 7 до 9 баллов, масса при рождении 3210–3844 грамм, длина 49–52 см в 1 и 2 группах. В 1 случае во 2 группе произведено прерывание беременности на сроке беременности 22 недели.

Другое

Заключение: Таким образом, при обнаружении опухолей во время беременности акушерская и хирургическая тактика решаются индивидуально совместно с онкологом. При пограничных опухолях, а также дисгерминомах I а стадии возможно не только сохранение данной беременности, но и сохранение фертильности в дальнейшем. При эпителиальных злокачественных опухолях яичника тактика ведения зависит от стадии процесса, срока беременности, репродуктивной мотивации больной. В ряде случаев возможна отсроченная хирургическая тактика, с проведением химиотерапии во время беременности, что не оказывает отрицательного влияния на показатели состояния плода.

ОТДАЛЁННЫЕ ЭНДОКРИННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ДЕТСКОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

М. Г. Павлова¹, А. Е. Юдина¹, В. М. Сотников², Ю. П. Сыч¹, Е. И. Боброва¹, Е. Е. Губернаторова¹, Т. Ю. Целовальникова¹, Н. Б. Теряева², Н. А. Мазеркина³, О. Г. Желудкова², Е. Ю. Мартынова¹, Ю. Хрулева¹

Место работы: 1. ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России, Москва; 2. ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» Минздрава России, Москва; 3. ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. академика Н. Н. Бурденко» Минздрава России, Москва

Эл. почта: alla1301@yandex.ru

Цель: Оценить распространенность эндокринных нарушений у взрослых после комплексной терапии опухолей задней черепной ямки, острого лимфобластного лейкоза и лимфомы Ходжкина, перенесённой в детском и молодом возрасте.

Материалы и методы: Обследовано 42 пациента в возрасте 19 после комплексного лечения (оперативное, краниоспинальное облучение (КСО), полихимиотерапия (ПХТ)) по поводу опухолей задней черепной ямки (ЗЧЯ), 29 пациентов в возрасте 24 после краниального облучения (КО) и полихимиотерапии по поводу острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ) и 29 пациентов в возрасте 34 после химиотерапии и локального облучения шеи, средостения и парааортальной области по поводу лимфомы Ходжкина (ЛХ). Ремиссия в группах составила 7; 14 и 13 лет соответственно. Группу контроля составили 30 здоровых добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту. Пациентам и добровольцам проводились биохимический анализ крови, определение уровня гормонов, УЗИ щитовидной железы с последующей тонкоигольной аспирационной биопсией (ТАБ) при выявлении узловых образований больше 1 см. Для исключения надпочечниковой недостаточности группе КСО проведён тест с инсулиновой гипогликемией (ТИГ), в группе ЛХ с 1–24 АКТГ.

Результаты: При КСО доза облучения на гипофиз составила 40 Гр, на область щитовидной и паращитовидных желез — 5–10 Гр, на область надпочечников и малого таза — 10–15 Гр. СТГ-дефицит выявлен у 31 пациента (75,6%, ДИ: 62,4–85,8%). Гипотиреоз наблюдался у 22 обследованных (52,4%, ДИ: 38,7–65,8%) (у 11 пациентов — первичный, у 2 — вторичный, у 9 — смешанный), узловой коллоидный зоб у 5 пациентов (11,9%, ДИ: 5,4–22,6%). У 2-х пациентов выявлен рак щитовидной железы: у 1 пациентки — папиллярный, и 2-ой — сочетание папиллярного и фолликулярного рака. Гипогонадизм отмечался у 25 пациентов (59,5%, ДИ: 45,6–72,3%), ОР-нарушений репродуктивной сферы у пациентов, получавших ПХТ по протоколу М-2000 поддерживающая, был в 2,1 раза выше по сравнению с пациентами, получавшими ПТ по схеме М-2000 цикловая. Вторичная надпочечниковая недостаточность была выявлена у 14 из 31 обследованного (45,2% ДИ: 30,2–60,9%), нарушение толерантности к глюкозе — у 2 пациентов (4,8%, ДИ: 1,5–12,6%). При КО доза на гипофиз составила 10 Гр, на щитовидную и паращитовидную железы — 3–5 Гр. Первичный гипотиреоз выявлен у 3 пациентов (10,3%, ДИ: 3,9–22,8%): относительный риск составил 1,3, что не отличалось от контроля ($p = 1,0$). У 5 женщин (17,2% ДИ: 8,0–31,7%) отмечено нарушение менструального цикла, у 1 пациентки с ожирением 3 ст. диагностирована нарушенная гликемия натощак. При ЛО доза облучения на щитовидную и паращитовидные железы составила 20–30 Гр, на надпочечники — 20–30 Гр. У 6 пациентов (20,7% ДИ: 10,3–35,8%) был диагностирован узловой зоб, после ТАБ у 1 пациента (3,4% ДИ: 0,8–11,9%) верифицирован папиллярный рак щитовидной железы. У 6 (20,7% ДИ: 10,3–35,8%) диагностирован первичный гипотиреоз (не отличалось от контроля ($p = 0,423$)), у 5 пациенток (17,2% ДИ: 8,0–31,7%) отмечалось нарушение менструального цикла (у 2-х — аменорея), у 2 мужчин — азооспермия. У 2 пациенток (6,9% ДИ: 2,2–17,8%) подтверждён первичный гиперпаратиреоз. При проведении теста с 1–24 АКТГ данных за надпочечниковую недостаточность получено не было.

Заключение: После перенесённой лучевой терапии злокачественных новообразований наблюдается широкий спектр эндокринных расстройств. Наибольшее количество эндокринных расстройств встречается после КСО в связи с более высокой СОД, которая приходится на гипофиз при данном типе терапии. После перенесённой ПХТ наблюдаются репродуктивные последствия, которые требуют консультации врача-репродуктолога до начала терапии. Лучевая терапия на область шеи увеличивает риск развития вторых опухолей (рака щитовидной железы) через 8–15 лет после окончания терапии по поводу опухолей ЗЧЯ или ЛХ.

МИКРОКАПСУЛИРОВАННАЯ ФОРМА ПАКЛИТАКСЕЛА: БИОМИМЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

А. П. Бонарцев

Место работы: ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова», Москва

Эл. почта: ant_bonar@mail.ru

Цель: Рассмотреть биомиметические аспекты разработанной лекарственной формы паклитаксела на основе биополимерных микрочастиц.

Материалы и методы: Для изготовления микрочастиц был использован природный биополимер поли-3-оксибутират. Для изготовления микрочастиц был использован природный биополимер поли-3-оксибутират. Противоопухолевое лекарственное вещество, паклитаксел, было загружено в биополимерные микрочастицы методом пьезоэлектрического мембранного распылительного высушивания при помощи Nano Spray Dryer B-90. Цитотоксичность полученных микрочастиц изучали на клеточной линии мышинной гепатомы МН-22a *in vitro*. Противоопухолевая активность микрочастиц *in vivo* была изучена с использованием моделей внутрибрюшинно трансплантированных опухолей на мышах: мышинной карциномы легкого Льюиса и рака молочной железы человека РМЖ1.

Результаты: Были получены микрочастицы на основе поли-3-оксибутирата со средним диаметром 2,4 мкм, содержащие 10% (вес.) паклитаксела. Полученные биополимерные микрочастицы, загруженные паклитакселом, продемонстрировали значительную противоопухолевую активность по сравнению с чистым лекарственным веществом как *in vitro* на клетках мышинной гепатомы, так и *in vivo* при введении мышам с имплантированной мышинной карциномой легкого Льюиса и ксенотрансплантатами рака молочной железы человека РМЖ1. В докладе подробно рассмотрены сходство и различие основных характеристик и аспектов функционирования полученной формы паклитаксела с имеющейся в природе микрокапсулярной экскретируемой формой этого микотоксина эндофитных симбиотических грибов, обитающих в коре растений рода *Taxus*, которая играет роль ключевого элемента иммунной системы этих растений, а также сходство и различие ее с функциональными характеристиками используемых в клинике лекарственных форм паклитаксела. Обсуждается концептуальная проблема недостаточного внимания к уже реализованным в природе механизмам биологической активности тех или иных лекарственных веществ природного происхождения, используемых в фармацевтике в качестве действующей основы при разработке новых лекарственных препаратов.

Заключение: Разработанная микрокапсулированная форма паклитаксела обладает терапевтическим потенциалом в качестве противоопухолевого лекарственного препарата и по своему строению и функциональности в наибольшей мере соответствует природной биополимерной микрокапсулированной форме этого микотоксина эндофитных

грибов тиса по сравнению с используемыми в клинической практике лекарственными формами паклитаксела.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ: РОЛЬ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

О. А. Полковникова¹, В. К. Лядов^{1,2}

Место работы: 1. ГБУЗ «Городская клиническая онкологическая больница №1 ДЗМ», Москва; 2. ФГБУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

Эл. почта: ol.polkovnikova@mail.ru

Цель: Внедрение и освоение современных технологий в работе операционной предъявляет повышенные требования к безопасности пациента, и, следовательно, квалификации как хирургов, так и среднего медицинского персонала операционного блока. Активное вовлечение операционных сестер в процесс подготовки пациента к операции наряду с постоянным повышением их квалификации является необходимым этапом создания эффективной междисциплинарной команды в эндохирургической операционной.

Материалы и методы: Изучена работа эндохирургических операционных ФГБУ «ЛРЦ МЗ РФ» и Клинической больницы №1 «МЕДСИ» в 2012–2018 гг., а также хирургических отделений ГКОБ №1 ДЗМ в 2019 г. Проанализированы особенности подготовки оборудования и пациента к проведению длительных эндохирургических вмешательств на органах брюшной полости и малого таза. Основными задачами операционной сестры были заблаговременная подготовка инструментария и расходных материалов, контроль за укладкой пациента (по инструкциям оперирующих хирургов), грамотное и безопасное расположение и применение электрохирургического и эндоскопического оборудования, контроль за качеством и износом инструментов с особым акцентом на выявление дефектов, потенциально способных привести к развитию осложнений.

Результаты: Разработан алгоритм подготовки эндоскопического и электрохирургического оборудования к работе. Выявлены наиболее распространенные повреждения инструментов, требующие их замены во время операции, в т.ч. способные привести к электротравме, нарушения оплетки многоразовых эндоскопических инструментов. Разработаны способы правильной и безопасной укладки пациента для профилактики позиционных осложнений (пролежней и плекситов), а также эффективной профилактики интраоперационной гипотермии. Изучены наиболее удобные варианты применения одноразовых комплектов белья для операционного поля в условиях большого количества необходимого оборудования. Отработаны типичные места установки оборудования, что улучшает работу операционной сестры и мобильность бригады.

Другое

Заключение: Подготовка операционной сестры к операции является сложным техническим процессом, который при несоблюдении определенных выше критериев может привести к осложнениям или невозможности продолжать вмешательство в комфортных для хирургической бригады условиях. Оптимизация работы операционной сестры в условиях современных эндохирургических операций позволит повысить безопасность проведения вмешательств для пациента и улучшить условия труда для всех членов хирургической бригады.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПОГРАНИЧНЫМИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Е. В. Козырко, Р. Г. Шмаков

Место работы: ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» Минздрава России, Москва

Эл. почта: lenochka525@gmail.com

Частота злокачественных опухолей яичника, ассоциированных с беременностью, составляет по различным источникам 1 на 10000–50000 беременностей, пограничных опухолей яичника — 1 на 8000 беременностей. Пятилетняя выживаемость женщин с раком яичников во всем мире составляет около 60000. По оценкам, к 2035 году заболеваемость увеличится до 371000 в год (55%) и смертность увеличится на 67% до 254000.

Цель: Изучение особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с пограничными и злокачественными опухолями яичников.

Материалы и методы исследования: в исследовании были проанализированы 13 беременностей у 12 женщин с пограничными и злокачественными опухолями яичников. В 1 группу вошли 7 женщин с пограничными опухолями яичников, во 2 группу — 5 женщин со злокачественными опухолями яичников.

Методы диагностики: УЗИ органов малого таза, УЗИ органов брюшной полости. Для подтверждения диагноза в ряде случаев использовались КТ, МРТ, ЭГДС, ректороманоскопия и маркеры опухолей яичника — СА-125, СА 19–9, АФП.

Результаты исследования: возраст женщин от 23 до 37 лет. Структура злокачественных опухолей представлена: дисгерминомы — 3, рак — 2. У 6 женщин 1 группы опухоли выявлены в I триместре, у 1 — в III триместре. У 2 пациенток 2 группы диагностированы и пролечены злокачественные новообразования яичников за 1 год и 10 лет до наступления данной беременности и у 3 во время беременности диагностированы в I триместре — 1, во II триместре — 1, в III триместре — 1. Первая беременность была у 4 и 2 женщин, повторные беременности — у 3 и 3 в 1 и 2 группах соответственно. Первородящими были 5 и 2 женщины, повторнородящие — 2 и 3 женщины в 1 и 2 группах соответственно.

Беременность протекала без осложнений у 2 женщин из 1 группы, у которых злокачественные новообразования яичников диагностированы и пролечены за 1 год и 10 лет до наступления данной беременности. У остальных пациенток были те или иные осложнения. Так угроза прерывания — у 5 и 4 женщин, анемия — у 3 и 2 пациенток в 1 и 2 группах соответственно. Хирургическое лечение во время беременности в 1 группе было произведено у 5 пациенток в сроке 16–17 недель в объеме: лапароскопия-аднексэктомия на стороне поражения, резекция второго яичника, резекция большого сальника, биопсия брюшины, взятие смывов с брюшной полости (перитонеальной жидкости) на цитологию, ревизия лимфатических узлов. У 1 пациентки при сроке беременности 30–31 неделя в объеме срединная лапаротомия, резекция яичников с обеих сторон, мультифокальная биопсия брюшины, резекция большого сальника. В случае злокачественных новообразований, выявленных во время беременности, сроки и объем операций решались индивидуально консилиумом с участием онкогинекологов. При дисгерминомах в обоих случаях во II триместре при сроке беременности 16–17 недель и в III триместре при сроке беременности 25–26 недель было произведено хирургическое лечение: в 1 случае — лапаротомия по Пфанненштилю, аднексэктомия на стороне поражения, во 2 случае — лапароскопия, резекция единственного яичника, взятие смывов с брюшной полости на цитологию. В одном случае у женщины со злокачественной эпителиальной опухолью яичника, распространенными метастазами в 24 недели беременности было произведено корпоральное малое кесарево сечение с пангистерэктомией, удалением большого сальника и проведение адьювантной химиотерапии. В 1 случае у пациентки с раком яичников Ia стадии во время данной беременности была проведена адьювантная химиотерапия (препараты платины), с последующим хирургическим радикальным лечением во время оперативного родоразрешения и химиотерапией в послеродовом периоде. Своевременные роды произошли в 7 случаях в 1 группе, в 4 случаях — во 2 группе. Самопроизвольные роды были у 5 и 3 женщин в 1 и 2 группах соответственно, оперативные — по 1 женщине из каждой группы, путем операции малого кесарева сечения у 1 пациентки во 2 группе. Оценка по Апгар новорожденных детей составила от 7 до 9 баллов, масса при рождении 3210–3844 грамм, длина 49–52 см в 1 и 2 группах. В 1 случае во 2 группе произведено прерывание беременности на сроке беременности 22 недели.

Таким образом, при обнаружении опухолей во время беременности акушерская и хирургическая тактика решаются индивидуально совместно с онкологом. При пограничных опухолях, а также дисгерминомах Ia стадии возможно не только сохранение данной беременности, но и сохранение фертильности в дальнейшем. При эпителиальных злокачественных опухолях яичника тактика ведения зависит от стадии процесса, срока беременности, репродуктивной мотивации больной. В ряде случаев возможна отсроченная хирургическая тактика, с проведением химиотерапии во время беременности, что не оказывает отрицательного влияния на показатели состояния плода.

ВЛИЯНИЕ МЕТФОРМИНА НА ТЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ У ЖЕНЩИН С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

Е. В. Мусина

Место работы: ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д. О. Отта», Санкт-Петербург

Эл. почта: *E.musina@mail.ru*

Введение: Малоизученным вопросом является механизм развития, своевременная диагностика, лечение и профилактика фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ) у больных с нарушениями углеводного обмена. Одним из возможных перспективных направлений патогенетического воздействия на ткани молочной железы при мастопатии, ассоциированной с гиперинсулинемией и инсулинорезистентностью, является применение метформина. В настоящее время продолжаются клинические исследования по применению метформина при раке молочных желез. Данные об использовании препаратов данной группы у пациенток с ФКМ в отечественной и зарубежной литературе отсутствуют.

Цель исследования: оценка влияния метформина на клинические проявления мастопатии и ультразвуковые характеристики паренхимы молочных желез у пациенток с инсулинорезистентностью.

Материалы и методы: В качестве терапии ФКМ пациентки получали метформин в дозе 1500 мг в сутки. Динамический контроль клинической картины заболевания и ультразвуковых показателей паренхимы молочной железы осуществляли через 3 и 6 месяцев от начала терапии.

Результаты и заключение: Через 6 месяцев терапии произошло достоверное снижение частоты масталгии, изменения ультразвуковой картины молочных желез: экзогенность паренхимы молочных желез – стала средней в 95,9% случаев, произошло достоверное уменьшение толщины паренхимы молочных желез (с 15,5 мм до 10,5 мм) и диаметра млечных протоков (с 1,7 мм до 0,9 мм). Полученные данные о позитивном влиянии метформина на клиническое течение мастопатии и структурные изменения паренхимы молочных желез у пациенток с мастопатией и инсулинорезистентностью позволяют рассматривать подобный подход в качестве перспективного направления патогенетического воздействия при такой патологической ассоциации.