

УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Волынская больница

медицинский вестник №23 / 2023

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ
(31.03.2023г.)

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ

**В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ
ПАЦИЕНТОВ**

**В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО
СТАЦИОНАРА**



ПРЕЗИДИУМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ



**Бояринцев
Валерий Владимирович**

Заместитель начальника Главного медицинского управления УДП РФ, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи, неотложной и экстремальной медицины ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ.



**Журавлёв
Сергей Викторович**

Главный врач ФГБУ «Клиническая больница N°1» УДП РФ, доцент кафедры скорой медицинской помощи, неотложной и экстремальной медицины ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, к.м.н., заслуженный врач РФ.



**Калиниченко
Александр Юрьевич**

Научный руководитель по хирургии, заведующий 1-ым хирургическим отделением (абдоминальной хирургии) ФГБУ «Клиническая больница N°1» УДП РФ, к.м.н.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ОНКОЛОГИИ

*Каменцева С.В., заведующая эндоскопического отделения, к.м.н.,
Хон Е.И., врач эндоскопист эндоскопического отделения.*

Введение: Внутрипросветная эндоскопия занимает одну из основных ролей в диагностике и лечении патологий органов пищеварительной системы. С расширением технических возможностей, широкое распространение получил метод эндоскопического ультразвукового исследования — эндоскопическая ультрасонография (ЭУС), выполняемое

из просвета полого органа эндоскопическими датчиками — эхо-эндоскопами. Впервые ЭУС применена в 1980 г для диагностики рака поджелудочной железы.

Цель: Продемонстрировать возможности эндоскопической ультрасонографии и необходимость ее применение в клинической практике.

Эндоскопическая ультрасонография представляет собой исследование стенки пищеварительного тракта, окружающих его органов и тканей, включая желчевыводящие пути и поджелудочную железу, посредством ультразвука высокой частоты. ЭУС занимает основную роль в диагностике подслизистых новообразований ЖКТ (рис.1,2 и 3).

ЭУС наиболее точно позволяет оценить соотношение новообразования со слоями стенки ЖКТ, эхоструктуру, глубину поражения, степень внутристеночного распространения, а также оценить истинные размеры и состояние регионарных лимфатических узлов. Применение ЭУС в комплексе с другими методами (УЗИ или КТ) позволяет диагностировать стадию распространения опухолевого поражения (TNM-стадия) пищевода, желудка, толстой кишки, желчных протоков и поджелудочной железы. ЭУС при исследовании панкреатобилиарной системы позволяет наиболее точно оценить состояние паренхимы и протоковой системы поджелудочной желез, внутрипеченочных желчных протоков, оценить содержимое гепатикохоледоха, оценить состояние большого дуо-

денального сосочка (рис.4,5,6).

Использование ЭУС, как уточняющего метода диагностики, способствует снижению диагностических ЭРХПГ.

При наличии патологических очагов, тонкоигольная пункция под ЭУС наведением (ЭУС-ТИП) позволяет малоинвазивным путем получить гистологическое заключение для определения дальнейшей тактики лечения пациентов. Диагностическая чувствительность варьирует от 64 до 95%, специфичность — от 75 до 100%, а общая диагностическая точность — от 78 до 95%.

Интервенционные возможности ЭУС зачастую являются альтернативой хирургическому лечению у неоперабельных пациентов. Дре-

нирование желчного или панкреатического протока или создание соустьев ЖКТ под контролем ЭУС при стенотических поражениях позволяет избежать расширенных хирургических вмешательств.

Выводы: Эндоскопическая ультрасонография, обладая широким диагностическим спектром и достоверностью получаемых результатов, позволяет провести уточнение диагноза перед предстоящим радикальным вмешательством, а также определить тактические подходы к лечению заболеваний пищеварительной системы.

Интервенционные методики ЭУС могут быть основным методом лечения в определенных клинических ситуациях. ■

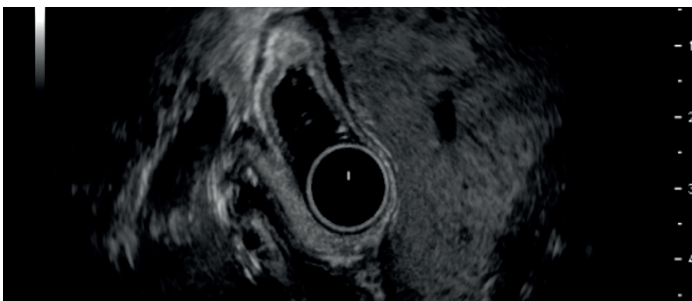


Рис.1. Лейомиома желудка (исходит из 2-го слоя — собственная мышечная пластинка слизистой оболочки).

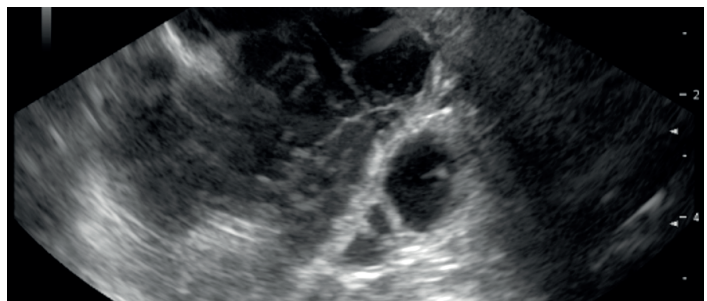


Рис.4. Кистозно-солидная неоплазия поджелудочной железы.

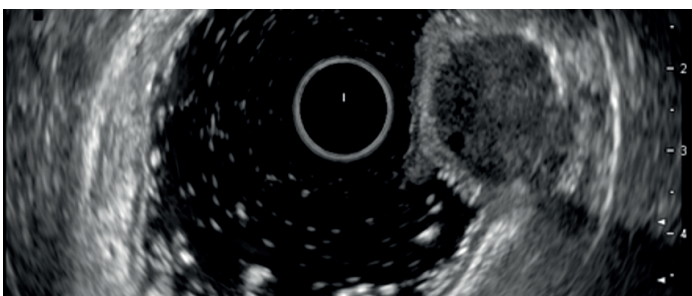


Рис.2. GIST желудка с распадом (новообразование исходит из мышечного слоя (4-ый слой)).

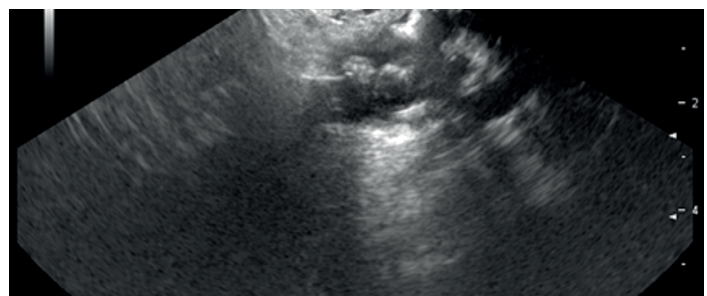


Рис.5. Хронический панкреатит.

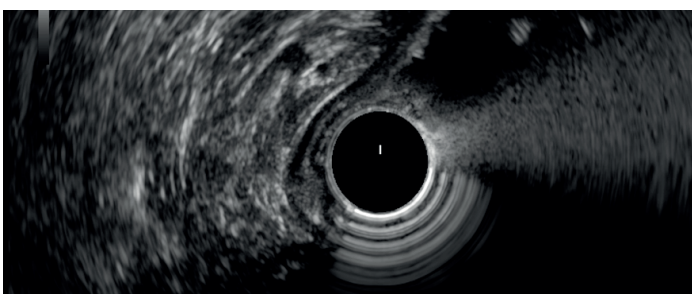


Рис.3. Аберрантная поджелудочная железа желудка из 3-го слоя — подслизистый слой.

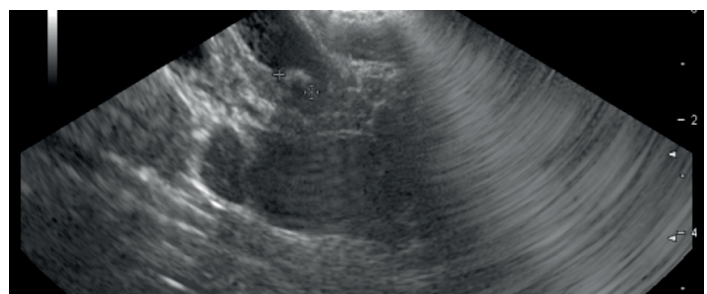


Рис.6. Новообразование поджелудочной железы.

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ РАК ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Тактика диагностики и лечения пациентов

*Калиниченко А.Ю., заведующий 1 хирургического отделения, к.м.н.,
Шибанова Ю.Л., врач-хирург 1 хирургического отделения.*

Введение: Первично-множественные опухоли — независимое возникновение и развитие у одного больного двух или более новообразований. При этом пораженными могут быть не только разные органы различных систем, но и парные (молочные железы, легкие и др.), а также мультицентрически один орган. Вероятность обнаружения первично множественных форм среди солитарных раков толстой кишки достаточно велика (от 4,3% до 12%).

Цель: Показать, что развитие первично-множественного рака (ПМР), в том числе наследственного рака органов желудочно-кишечного тракта, представляет сложную гетерогенную группу онкологических заболеваний с характерной клинической картиной и прогнозом. Клиническая картина ПМР неспецифична и зависит от локализации опухолей, характера роста, на-

личия регионарных и отдаленных метастазов.

Причины развития в одном организме двух, трех, а иногда и большего числа злокачественных опухолей свидетельствует об индивидуальных особенностях больного или о специфических влияниях на организм среды его обитания.

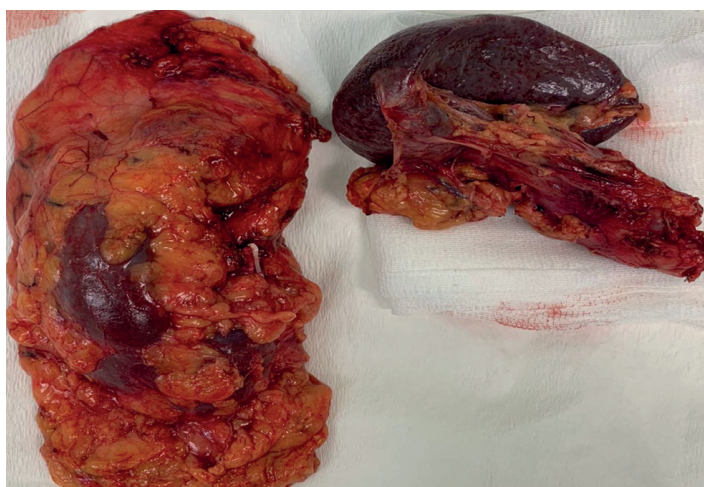
Не существует единого мнения о конкретных причинах развития ПМР. Риск развития вторых и последующих опухолей повышен у пациентов, которые уже получили лечение по поводу злокачественного новообразования, по сравнению с популяцией здоровых.

Основные генетические нарушения при ПМР — синдром Линча, синдром наследственного полипоза, синдром Гиппеля-Линдау, синдром Вермера.

Современные технологии выявле-

ния генов наследственного рака, основанные на изучении полноценных панелей, а не одной мутации или SNP (Однонуклеотидный полиморфизм — Single Nucleotide Polymorphism), позволяют с высокой достоверностью установить уровень риска развития заболевания.

Выводы: Рекомендации по ведению пациентов с первично-множественным раком должны быть ориентированы не только на онкологических больных, но и на их родственников — здоровых носителей патологической мутации, что позволит предотвратить у них развитие наследственной злокачественной опухоли. Тактика лечения и обследования пациентов с ПМР желудочно-кишечного тракта определяется на мультидисциплинарном онкологическом консилиуме. При наличии показаний и отсутствии противопоказаний выбирается активная хирургическая тактика. ■



Удаленная почка и комплекс: хвост поджелудочной железы с селезенкой.



Множественные полипы толстой кишки.

РАК ГОЛОВЫ И ШЕИ

Хирургическое лечение местно-распространенных форм

*Решетов И.В. врач-челюстно-лицевой хирург, д.м.н., профессор,
Пелищенко Т.Г., заведующая отделением - врач-оториноларинголог, к.м.н.,
Пономарев И.В., врач-челюстно-лицевой хирург,
Корягин Ф.Н., врач-челюстно-лицевой хирург.*

Введение: Злокачественные новообразования головы и шеи занимают 5 место среди всех злокачественных новообразований. Не смотря на то, что новообразования головы и шеи часто заметны невооруженным глазом, подавляющее количество обращений пациентов приходится на III и IV стадии.

Цель: Оценить результаты лечения пациентов с местно-распространённым раком головы и шеи, имеющих один или более отказов в радикальном лечении за период с 2015г. по 2022г.

В исследование включено 120 пациентов с местно-распространённым раком головы и шеи. 90 пациентов (75%) – мужчины, 30 пациентов (25%) – женщины. Большинство пациентов среднего (41%) и пожилого возраста (33%). 34% пациентов обратились для первичного лечения, 66% пациентов ранее уже получали какое-либо лечение по поводу данного злокачественного новообразования. Местная распространенность стадии T3 у 21% пациентов, T4 у 79% пациентов. Все 120 пациентов (100%) получили отказ в радикальном хирургическом лечении до поступления в нашу клинику.

38 пациентам (23%) были выполнены расширенные экстирпации (ларингэктомия, орофациальная резекция, операции на путях лимфооттока). 82 пациентам (77%) комбинированные экстирпации, включающие несколько органов

– ларингфарингэктомия + тиреоидэктомия + резекция трахеи, ороорбитофациальная резекция, фарингэзофагэктомия, ларингфарингэзофагэктомия.

Фактическая выживаемость оценивалась по группам, в зависимости от сроков наблюдения. В группе, наблюдение за которыми осуществлялось в течение 1 года, выживаемость достигала 80%. По мере увеличения срока наблюдения снижалась до 40% в течение

3 лет, 27% в течение 5 лет, 23% в течение 7 лет.

Выводы: На основе анализа результатов лечения наблюдаемых пациентов выявлена возможность выживания пациентов после выполнения нестандартных операций при местно-распространенных, метастатических и рецидивных злокачественных опухолях головы и шеи, имевших один и более отказов в попытке радикального лечения. ■



РАК ЯИЧНИКОВ

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ

Введение: Рак яичников - это злокачественное заболевание женской репродуктивной системы, выявляемое, чаще всего, на достаточно поздних стадиях, что связано с отсутствием скрининга рака яичников. В случае ранней диагностики проводится хирургическое лечение, при III-IV стадии заболевания возможны два подхода в ведении пациентов.

Цель: Выбрать наиболее оптимальный метод первого этапа лечения рака яичников на основании накопленных данных гинекологического отделения Волынской больницы.

В одной схеме лечения, на первом этапе пациентам проводится неоадьювантная химиотерапия, затем хирургический этап, и далее следует новая линия химиотерапевтического лечения. Во второй схеме начинают с проведения оперативного вмешательства в объеме полной или оптимальной циторедукции, с последующим проведением химиотерапии.

В гинекологическом отделении Волынской больницы с 2020

года было пролечено более 30 пациенток. В отделении выполняются как интервальные циторедуктивные операции, так и полные первичные циторедукции (рис.1).

Согласно накопленным данным, проведение циторедуктивной операции на первом этапе улучшает прогноз заболевания, но не всегда бывает возможным. В 2019 году согласно ESMO-ESGO consensus conference были определены параметры невозможности проведения оптимальной первичной циторедукции.

Выводы: В целом, увеличение частоты молекулярно-генетического скрининга в популяции (в первую очередь, на предмет наличия мутаций в генах, кодирующих белки системы репарации BRCA1 и BRCA2), раннее выявление опухоли на этапе рутинного визита к гинекологу, точное иммуногистохимическое типирование образования, дадут возможность оптимального выбора стратегии лечения и увеличат вероятность благоприятного прогноза течения заболевания. ■

*Тониян К.А., заведующий гинекологического отделения,
Горбачева Е.Ю., врач-акушер-гинеколог.*

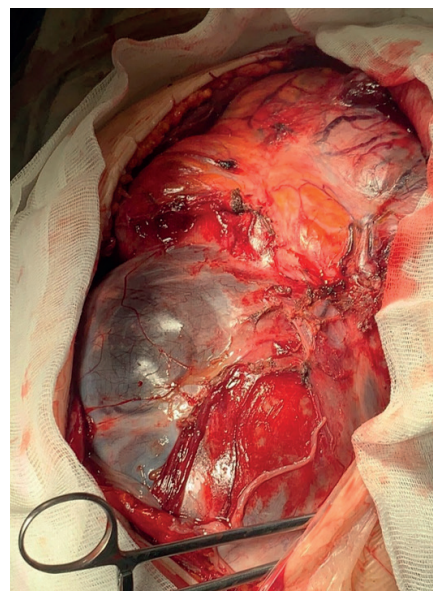


Рис. 1. Этап при выполнении полной первичной циторедукции.



Рис. 2. Макропрепарат при выполнении полной циторедуктивной операции.



КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ И ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Давиташвили С.А., врач-кардиолог консультативно-поликлинического отделения.

Введение: О проблеме кардиоонкологии стали говорить уже с середины 80-х годов прошлого века, когда стали появляться публикации о развитии кардиальных осложнений у онкологических пациентов. С течением времени отмечается увеличение количества применяемых противоопухолевых препаратов, увеличение выявления онкологических заболеваний.

Цель: Показать современную тактику кардиологического сопровождения химиотерапии и таргетной терапии онкологических пациентов.

Высокая смертность онкологических пациентов уступает пальму первенства только пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а когда у пациента отмечаются обе эти проблемы, то мы сталкиваемся с дополнительными сложностями. Доказано, что главной причиной смертности онкологических пациентов, не связанных непосредственно с раком являются сердечно-сосудистые заболевания. К 2021 году Российское общество клинической онкологии совместно с членами Российского Кардиологического Общества готовят практические рекомендации по коррекции кардиоваскулярной токсичности.

В августе 2022 года вышел отдельный документ Европейского общества кардиологов: первые отдельные рекомендации по Кардиоонкологии. В первую очередь, кардиотоксичность связана с развитием сердечной недостаточности. И если в общей популяции смертность пациентов с ХСН наступает в среднем в течение 5 лет, то для пациентов, применяющих противоканцерную терапию этот показатель уменьшается до 2,5 лет. Обращает на себя внимание развитие тяжелые гипертензий,

развитие ишемических проявлений, вплоть до развития инфарктов миокарда, удлинение интервала Q_t , что связано с развитием тяжелых нарушений ритма сердца, порой жизнеугрожающих, развитие фибрилляции предсердий с проблемой адекватной антикоагулянтной терапии а также развитие миокардитов, перикардитов, тромбозов.

В рекомендациях огромное значение выделяется оценке рисков перед предполагаемым лечением онкологического пациента. Уделяется особая важность тщательному сбору анамнеза, име-

Лечение артериальной гипертензии проводится ИАПФ, сартанами, блокаторами кальциевых каналов, Б-блокаторами, Спиринолактоном (который также применяется для лечения сердечной недостаточности). У пациентов с ОКС применяется инвазивная стратегия для пациентов с ОКС с подъемом ST или без подъема ST, с высоким и очень высоким риском, и предполагаемой продолжительностью жизни более 6 месяцев. Консервативная терапия выбирается для пациентов с плохим прогнозом или очень высоким риском кровотечения. Предпочтительнее выбор короткой ДАТТ

Важнейшим проявлением противоканцерной терапии является артериальная гипертензия.

ющимся заболеваниям сердечно-сосудистой системы, факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, факторам риска, связанным с образом жизни пациента, предшествующей кардиотоксической терапии, проведения дополнительных методов обследования — ЭКГ, ЭХО КГ, тропонин, ProBnp.

При развитии сердечной недостаточности, даже в случаях развития умеренных бессимптомных проявлений определение оптимальной дальнейшей тактики ведения пациентов рекомендовано выполнять в совместной командной работе с кардиологом. Важнейшим проявлением противоканцерной терапии является артериальная гипертензия, лечение которой необходимо проводить когда показатели становятся выше 140/90 у всех пациентов, а в группе высокой и очень высокой кардиотоксичности более 130/80 мм.рт.ст.

(1-3 мес). Развитие фибрилляции предсердий также представляет огромную важность для онкологических пациентов, клинически проявляющаяся неприятными ощущениями, падением гемодинамики, слабостью, требует особого внимания с точки зрения антикоагулянтной терапии. В последних рекомендациях представлены алгоритмы ведения пациентов с фибрилляцией предсердий.

Выводы: В итоге мы имеем дело с пациентом, которому предстоит столкнуться с рисками при проведении антиканцерной терапии, у которого есть риски уже имеющейся болезни сердца или предстоящего оперативного лечения. Но с учетом современного уровня диагностики, применения медикаментозной терапии и совместной, командной работы онкологов и кардиологов, мы можем благоприятно влиять как на качество жизни пациентов, так и на отдаленный прогноз выживаемости. ■



ПРИМЕНЕНИЕ CO₂ ЛАЗЕРА В ОНКОДЕРМАТОЛОГИИ

*Подберезина Ю.Л., заведующая онкологического отделения, к.м.н.,
Зеленина И.А., врач-онколог.*

Введение: Злокачественные новообразования кожи актуальны в структуре онкологических заболеваний. Данная проблема связана с реально существующим и прогнозируемым ростом первично регистрируемой патологии. В России рак кожи по частоте встречаемости, по данным за 2020 год занимает у женщин второе место, у мужчин третье место. В мировой статистике за 2020 год, представленной в портале Cancer today, злокачественные новообразования кожи занимают 46%. К наиболее распространенным злокачественным опухолям кожи относят: меланому, базалиому и плоскоклеточный рак, а также редко встречающиеся карциному Меркеля, болезнь Боуэна, болезнь Педжета.

Определены неблагоприятные предраковые состояния, которые приводят к озлокачествлению существующих новообразований кожи, наблюдаемых годами. Наряду с предраковыми состояниями, выделяют «облигатные предраки», которые в большинстве случаев подвергаются злокачественной трансформации. Хирургическая онкодерматология — одно из направлений онкологии, главной задачей которой, является устранение различного рода поражений кожи врожденного или приобретенного характера. Золотым стандартом в лечении опухолей кожи является хирургический метод, однако внедрение новых лазерных методов имеет преимущества перед традиционными электро-, криодеструк-

цией. Необходимо отметить общепризнанную эффективность CO₂ лазера в хирургии мягких тканей. Луч лазера с длиной волны 10 600 нм наиболее тропен к молекулам воды (H₂O). Относится к инфракрасному спектру электромагнитного излучения. Исходя из того, что мягкие ткани человека на 60–80% состоят из воды, поглощение излучения CO₂ лазера в них происходит более выражено и максимально эффективно, обуславливая эффект вапоризации, абляции, иными словами, эффект «лазерного скальпеля», коагуляции.

Преимуществами взаимодействия «лазерного скальпеля» с биологическими тканями являются: минимальные риски

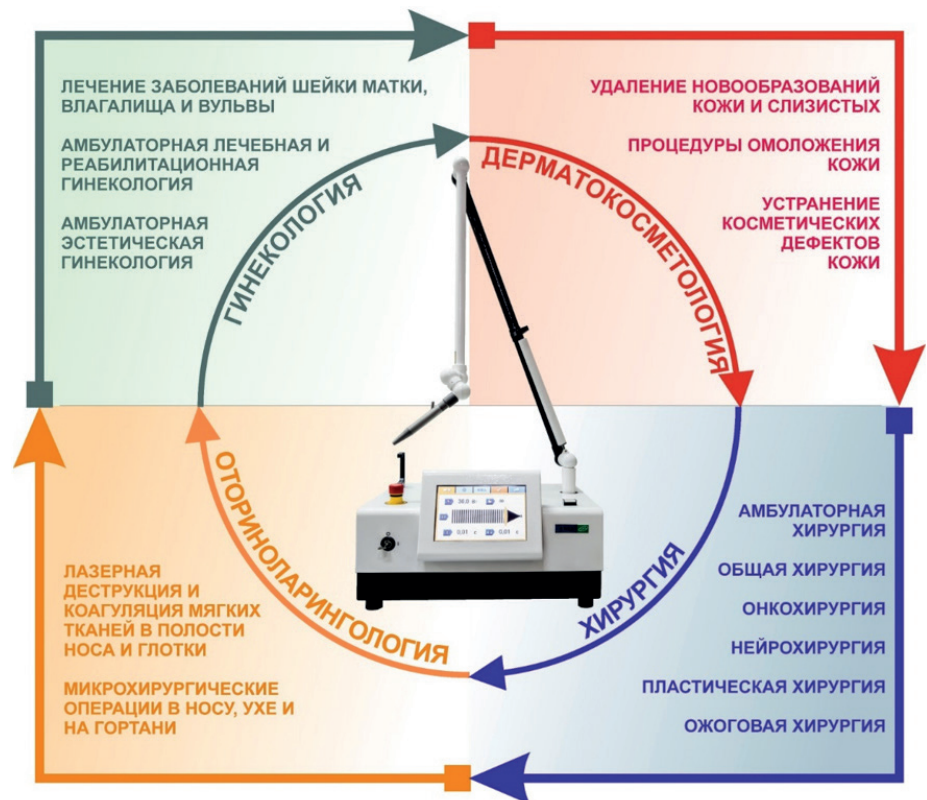
осложнений, минимизация образования рубцов, отсутствие интенсивных болевых ощущений, сокращение времени проведения вмешательства, отсутствие контакта инструмента с тканями, короткий послеоперационный период, минимальная кровоточивость, либо полное отсутствие кровотечения во время операции, стерилизующее воздействие лазера, абластика, минимальная проникающая способность в окружающие. Совместимость с лапароскопией и эндоскопией. Для лазерных ран в отличие от хирургических ран различных органов и тканей характерна ранняя пролиферация клеточных элементов, формирование грануляционной ткани, рост микрососудов, отчетливо наблюдаемые на границе интактных тканей и тканей, подвергшихся коагуляционному некрозу. Что обеспечивает достаточно высокий уровень трофического обеспечения клеток и тканей в зоне регенерации. Это в свою очередь обеспечивает раннее формирование рубца, его ремоделирование и восстановление гистоструктуры органа.

Цель: Оценить результаты лечения применения CO_2 лазера доброкачественных, предраковых и злокачественных новообразований кожи в сравнении с хирургическим методом лечения.

Материалы и методы: Оценены ранние и отсроченные результаты лечения. В исследовании включены 320 пациента. Срок наблюдения 1 год. Возраст пациентов составлял от 20 до 84 лет.

Золотым стандартом в лечении опухолей кожи является хирургический метод, однако внедрение новых лазерных методов имеет преимущества перед традиционными электро-, криодеструкцией.

Лечение проведено на лазерном аппарате АЛМ-30-01 «Л'Мед-1. Методика с использованием CO_2 лазера реализовалась с помощью штатной хирургической насадки аппарата. Излучение CO_2 лазера, фокусировалось в пятно диа-



метром 0,2 мм на расстоянии 30 мм от переднего среза насадки и позволяло проводить бесконтактный, высокоточный и эффективный лазерный разрез, обеспечивая удаление, испарение или абляцию биоткани с эффективной коагуляцией. Выполнены: вапоризация различных кератом, папиллом, кандилом, гемангиом, кератоакантом, ксантелазм, лентиги, милиумов, трихоэпителиом, синингом, бородавок. Удаление новообразований CO_2 -скальпелем или удаление новообразований хирургическим скальпелем с обработкой раневой поверхности CO_2 -лучом с целью абластики с ушиванием краев раны с или без кожно-пластического компонента при фибромах, кожном

метром 0,2 мм на расстоянии 30 мм от переднего среза насадки и позволяло проводить бесконтактный, высокоточный и эффективный лазерный разрез, обеспечивая удаление, испарение или абляцию биоткани с эффективной коагуляцией. Выполнены: вапоризация различных кератом, папиллом, кандилом, гемангиом, кератоакантом, ксантелазм, лентиги, милиумов, трихоэпителиом, синингом, бородавок. Удаление новообразований CO_2 -скальпелем или удаление новообразований хирургическим скальпелем с обработкой раневой поверхности CO_2 -лучом с целью абластики с ушиванием краев раны с или без кожно-пластического компонента при фибромах, кожном

Результаты: Оценка состояния послеоперационных ран производилась как объективно, так и субъективно в раннем, среднем, позднем послеоперационном периодах. В 99% случаев пациенты остались довольны косметическим результатом. При плановых осмотрах проводимых в течении 12 месяцев, с помощью пальпации, дерматоскопии ни у одного больного не наблюдался местный резидив. У всех пациентов отмечалось формирование нежного розового рубца. Ни в одном случае не наблюдалось образование келоидных или гипертрофированных рубцов.

Выводы: Широкий диапазон настроек параметров излучения (мощность, длительность импульсов, пауза между импульсами) позволяет выбрать оптимальные параметры работы с минимальной тепловой нагрузкой на биоткань с необходимой зоной коагуляции, что позволяет добиться высоких косметических результатов, с эффективным удалением различных предраковых, доброкачественных, злокачественных заболеваний кожи.■

роге, пиогранулемах, кистах кожи и придатков кожи, кератоакантомах, базалиомах, меланомах, дерматофибромах, травмированных, диспластических невусах. Использовались местная инфильтрационная, в/в анестезии.



МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

*Степанян М.А., заведующий отделением нейрохирургии, д.м.н.,
Кондрахов С.В., врач-нейрохирург, к.м.н.,
Кадин Л.А., врач-нейрохирург, к.м.н.,
Калюжный В.Г., врач-нейрохирург,
Артёменкова Е.Ю., врач-анестезиолог-реаниматолог,
Литвинов В.В., врач-нейрохирург.*

Введение: Метастазы в основание черепа являются сложной патологией, которые отличаются от метастазов в головной мозг по клинической картине и тактике лечения.

Цель: Рассмотреть основные варианты диагностики и тактики

лечения метастатических опухолей основания черепа.

Объем нейрохирургических вмешательств зависит только от локализации опухоли. Для тотального и субтотального удаления наиболее доступными являются мета-

стазы в переднюю черепную ямку, латеральных отделов средней черепной ямки. При локализации метастатических опухолей в задней черепной ямке и в средних отделах средней черепной ямки чаще выполняются биопсия или парциальное удаление опухоли.

При нейрохирургических вмешательствах применяются все доступы — транскраниальные, эндоскопические, комбинированные. Наибольший объем удаления обеспечивают краниотомические и комбинированные доступы. Эндоскопические доступы часто применялись при метастазах хиазмально-селлярной области. В большинстве случаев эндоскопические операции завершаются биопсией или парциальным удалением метастаза.

Средняя продолжительность жизни больных при проведении биопсии и парциального удаления метастаза основания черепа составляет 9,8 мес., в то время как при тотальным и субтотальным удалении — 16 мес. Разница продолжительности жизни больных между группами, которым проводилось биопсия или парциальное удаление с группой больных, которым проводилось тотальное или субтотальное удаление статистически достоверна.

Продолжительность жизни больных с метастазами в основании черепа имеет сильную зависимость от исходного состояния больного, выраженного индексом Карновского. При индексе

Карновского ниже 70 продолжительность жизни (3 мес.) достоверно меньше по сравнению с больными, у которых ИК равен или выше 70 (12 мес.). В то время как достоверной разницы в про-

жизни больных. При отсутствии радиологического лечения медиана продолжительности жизни составляет 9 мес., при сочетании с хирургическим лечением — 16 мес.

Комбинация рентгенологических методов лечения с хирургической тактикой позволяет достоверно увеличить продолжительность жизни больных.

должительности жизни у больных с ИК 70(12 мес.) и выше (12 мес.) нет.

Важным составляющим лечения метастатических опухолей является лучевое лечение. При метастазах в основании черепа применяются следующие комбинации лучевого лечения: стандартная лучевая терапия, СТРТ, СТРХ, комбинация СТРТ и СТРХ, ОБГМ. Лучевое лечение применяется в двух аспектах — для облучения остаточной опухоли основания черепа и с целью лечения сопутствующих метастазов в головном мозге.

Комбинация рентгенологических методов лечения с хирургической тактикой позволяет достоверно увеличить продолжительность

Факторами, достоверно влияющие на результаты радиологического лечения при метастазах в основании черепа являются возраст пациента и индекс Карновского. В возрастной группе до 60 лет средняя продолжительность жизни больных, которым было проведено лучевое лечение, составила 20,3 мес., в то время как старше 60 лет — 10,5 мес. (статистически достоверно, $p=0,034$). При индексе Карновского ниже 70 средняя продолжительность жизни больных, которым проводилось радиологическое лечение, составляла 9 мес. При индексе Карновского, равном 70, средняя продолжительность жизни составляла 14,5 мес., при значении выше 70 средняя продолжительность жизни — 20,4 мес. ■

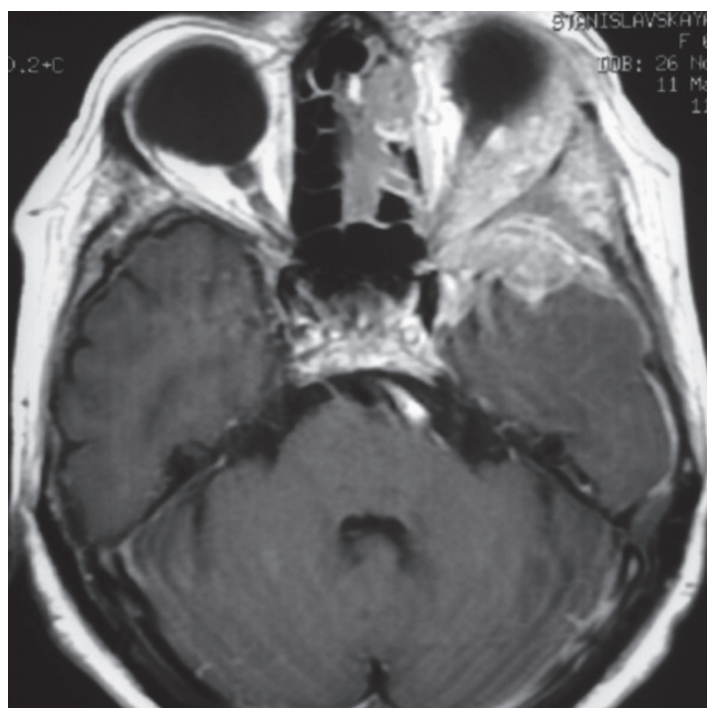


Рис.1. Метастаз рака молочной железы в переднюю и среднюю черепные ямки, в глазницу.



Рис.2. КТ картина после радикального удаления метастаза в основание черепа.

ИННОВАЦИОННЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОПАТОЛОГИИ ПОЧЕК

*Зубарев А.В., научный руководитель по лучевой диагностике, д.м.н., профессор,
Бородаенко П.А., врач ультразвуковой диагностики.*

Введение: Современная диагностика объемных образований почек приобрела особую актуальность вследствие неуклонного роста заболеваемости раком почки и трудности дифференцировки простых кист и кистозных форм рака.

Цель: Рассмотреть основные ультразвуковые возможности раннего выявления онкологической патологии почек в условиях современной клиники.

К основным диагностическим признакам злокачественного образования почки при проведении ультразвукового исследования относили наличие гипоехогенного/гиперэхогенного, солидного или кистозно-солидного, васку-

ляризированного образования, неоднородной структуры. При ультразвуковой оценке микрокровотока учитывали наличие или отсутствие его в образовании, архитектонику и количество мелких сосудов в центре и по периферии. Кистозные образования почек

звукового исследования у 4 (36,3%, n=11) пациентов был выставлен предварительный диагноз сложная киста почки и у 7 пациентов (63,7%, n=11) солидное образование почки. В серошкальном режиме с использованием ЦДК у пациентов с диагнозом сложная киста

Использование новых методик оценки микрокровотока SMI и B-Flow обладает высокой чувствительностью при оценке васкуляризации образований почек.

классифицировались по шкале BOSNIAK, доброкачественные BOSNIAK I-IIF, злокачественные BOSNIAK III-IV.

После проведения ультра-

почки кровотока в образовании определялся в 1 (25%, n=4) случае, при оценке микрокровотока по SMI или B-Flow кровотока в образовании был зафиксирован у 4 (100%, n=4) обследо-

мых. У пациентов с предварительным диагнозом солидное образование почки были получены следующие результаты: при ЦДК кровоток определялся у 4 (57,1%, $n=7$) пациентов, при оценке микрокровотока SMI и V-Flow кровоток определялся у 6 (85,7%, $n=7$) пациентов. В последующем всем пациентам были проведены контрастное ультразвуковое исследование и МСКТ с контрастированием. По результатам которых были получены данные о характере кровотока, включая микрокровоток: в образованиях почек у пациентов с подозрением на сложную кисту почки в 3 (75%, $n=4$) случаях и, в свою очередь, у пациентов с подозрением на солидное образование почки в 7 (100%, $n=7$) случаях.

Таким образом, использование новых методик оценки микрокровотока SMI и V-Flow обладает высокой чувствительностью при оценке васкуляризации образований почек. По результатам гистологического иссле-



дования почечно-клеточный рак был диагностирован у 5 пациентов, онкоцитома почки — у 1 пациента, сложные кисты (BOSNIAK III-IV) у 4 пациентов и у 1 пациента была диагностирована ангиомиолипома.

Выводы: Использование новых методик оценки микрокровотока SMI и V-Flow продемонстрировали большую информативность в оценке васкуляризации объ-

емных образований почек, незначительно уступая методикам с использованием контрастных препаратов. Простота проведения, отсутствие необходимости применения контрастного препарата, также высокая информативность позволяют рекомендовать данные методики к использованию в диагностическом алгоритме обследования пациентов с подозрением на объемное образование почек. ■

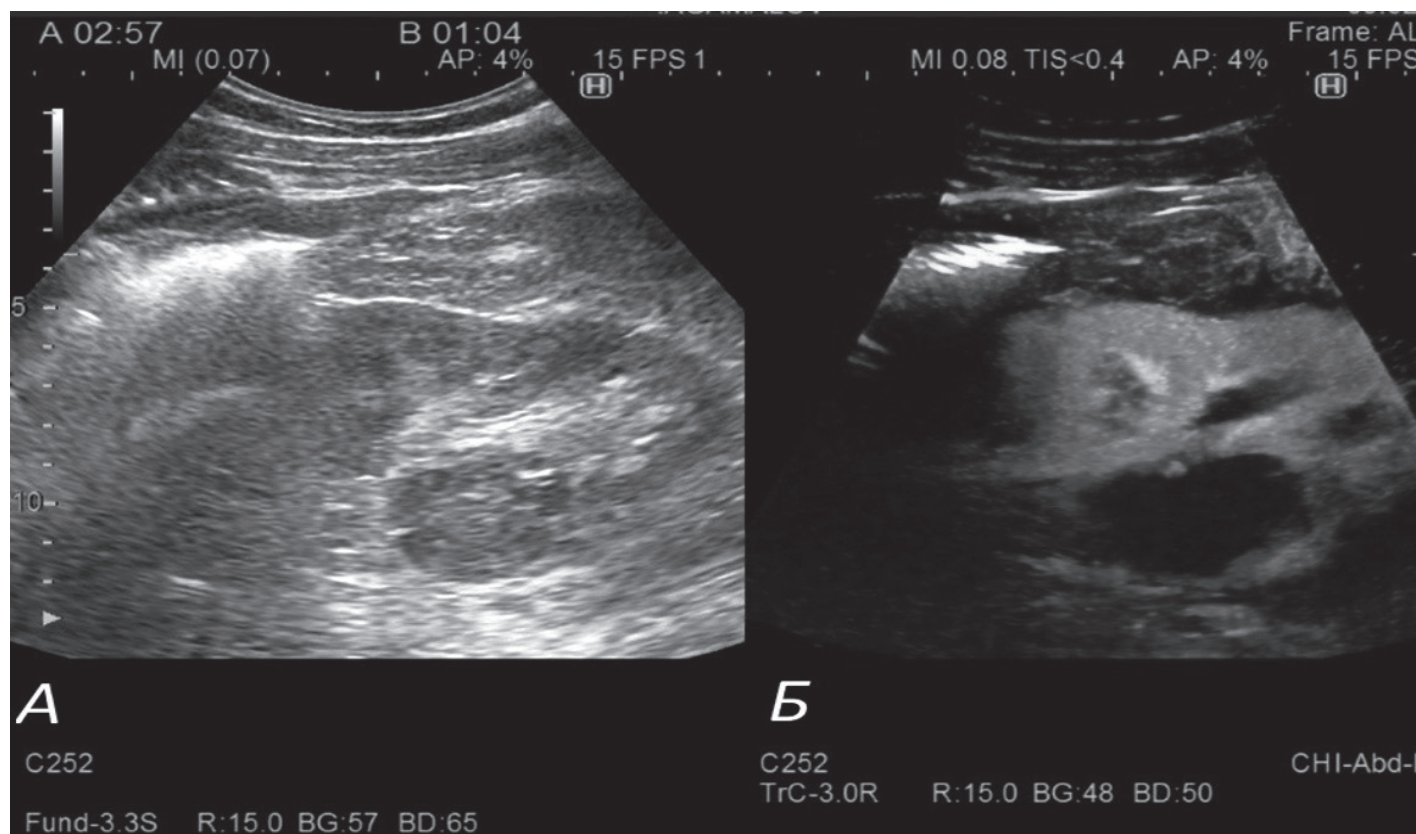


Рис. 1. А — крупное образование неоднородной структуры в проекции ворот почки; Б — при эхоконтрастировании отсутствие внутренних перегородок и мягкотканного компонента. Простая киста почки (Bosniak I).

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Щуплова Е.Н., врач-хирург 2 хирургического отделения, к.м.н.

Заболевания щитовидной железы занимают ведущее место в структуре всех эндокринопатий. Рак щитовидной железы составляет до 1-3% среди всех злокачественных новообразований, у женщин занимает 5 место. Отмечается ежегодный прирост заболеваемости до 7%, особенно локализованных форм.

Дифференцированный рак щитовидной железы — наиболее часто встречаемая опухоль, с четко регламентированными схемами лечения и наблюдения.

До 90% случаев заболевание диагностируется при первичном УЗИ щитовидной железы. Выявленные изменения стратифицируют методом оценки потенциала злокачественности узловых образований согласно классификации TI-RADS (Thyroid Imaging And Reporting Data System). Соглас-

но рекомендациям Минздрава РФ от 2020 г., далее проводится тонкоигольная аспирационная биопсия узловых образований размером равным или более 1 см. Менее 1 см. — при высоком риске рака, повышении уровня кальцитонина, определенном семейном и личном анамнезе,

онной супрессивной заместительной терапии, нет риска развития гипопаратиреоза.

Папиллярная карцинома — опухоль, которая излечивается в момент операции. Хирургия щитовидной железы сильно изменилась от открытого разреза

Дифференцированный рак щитовидной железы — наиболее часто встречаемая опухоль, с четко регламентированными схемами лечения и наблюдения.

регионарной лимфаденопатии с последующей цитологической оценкой. Данные цитологии соотносятся согласно классификации Bethesda (The Bethesda System For Reporting Thyroid Cytopathology). Проведение дополнительных исследований (МСКТ органов шеи с контрастированием, МСКТ органов груд-

Кохера до малоинвазивных технологий, таких как эндоскопическая и роботизированная тиреоидэктомия. Для минимальной инвазивной хирургии щитовидной железы разработаны и хорошо известны: открытая тиреоидэктомия из мини доступа (MIT) и видеоассистированная тиреоидэктомия (MIVAT), эндоскопиче-

Папиллярная карцинома — опухоль, которая излечивается в момент операции.

ной и брюшной полости, ЭГДС, фибробронхоскопия, лабораторный контроль: ТТГ, кальцитонин, кальций) определяет объем оперативного лечения.

Объем оперативного лечения зависит от размеров узлового образования, степени инвазии, наличия регионарных или отдаленных метастазов. При узловых образованиях до 2-4 см без инвазии и метастатического поражения возможно выполнение гемитиреоидэктомии. В этом случае нет необходимости в послеопераци-

ские операции (с инсуффляцией газа или лифтингом тканей).

По получении гистологического исследования стадирование опухоли осуществляется по классификации TNM. Радийодтерапия используется при обширном поражении лимфоузлов для снижения риска рецидива после операции. Таргетная химиотерапия используется при радийодассистентных опухолях, при наличии макроскопических признаков наличия заболевания. ■



ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК

*Галлямов Э.А., врач-уролог, профессор, заслуженный врач РФ, д.м.н.,
Сальникова С.В., заведующая урологического отделения, к.м.н.
Новиков А.Б., врач-уролог,
Павловичев А.А., врач-уролог,
Лопырев А.И., врач-уролог,
Добровольский М.В., врач-уролог.*

Введение: В нашем исследовании представлена хирургическая тактика лечения опухолей почек различного объема, локализации и распространения.

Цель: Оценка возможности использования лапароскопического доступа вне зависимости от размеров, локализации и объема поражения.

Методы: в урологическом отделении при злокачественных новообразованиях выполняется нефрэктомия, резекция почки, нефрэктомия с тромбэктомией.

Все вмешательства выполняли лапароскопическим доступом. При локализованной опухоли были использованы методы ишемической и безишемической резекции. При множественном поражении одной почки поэтапно выполняли резекцию почки с удалением всех образований. При поражении обеих почек оперативные вмешательства проводили с интервалом в 1,5 — 3 мес. При наличии опухолевого тромба в нижней полой вене, вмешательство проводилось в 3 этапа: нефрэктомия, установка баллон-катетера и тромбэктомия.

Результаты: Всем пациентам, находившимся на лечение в урологическом отделении, оперативное лечение опухолей почек было выполнено лапароскопическим доступом, что позволило снизить количество осложнений и уменьшить сроки пребывания пациентов в стационаре.

Выводы: Таким образом, применение лапароскопического доступа при хирургическом лечении образований почек возможно вне зависимости от размеров образования, степени распространенности и локализации. ■

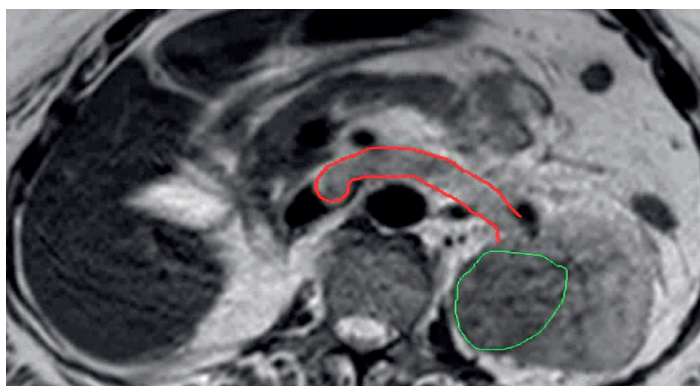


Рис.1. МСКТ почек (опухоль почки с распространением на нижнюю полой вену).

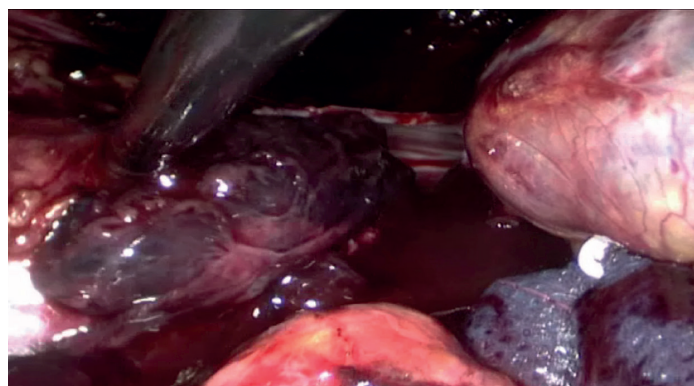


Рис.2. Тромбэктомия из нижней полой вены (тромб в нижней полой вене).



ТЕМА СЛЕДУЮЩЕГО НОМЕРА:

«ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ»



ФГБУ «Клиническая больница №1» (Волынская) УДП РФ
121352, г. Москва, ул. Староволынская, 10

Колл-центр:
(495) 620-80-95

Сайт:
volynka.ru

Моб. приложение:
«Больница №1»

Telegram канал:
t.me/volynka_vestnik