

Цель

Анализ рецепторного статуса у пациенток с раком молочной железы до и после проведения неоадьювантной химиотерапии (НАХТ).

Материал и методы исследования

Материалом для работы послужили результаты иммуногистохимического исследования 50 пациенток, получавших неоадьювантную химиотерапию в УЗ «МГКОД» в период с июня 2020 по декабрь 2021 гг. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

У всех 50 (100 %) пациенток, включенных в исследование, диагностировали инвазивный неспецифированный рак молочной железы, после проведенного лечения гистологическая форма опухоли не изменилась.

Распределение суррогатных молекулярных подтипов опухоли до лечения имело следующий характер: на люминальный А пришлось 8 % (n = 4), на люминальный В негативный 52 % (n = 26), люминальный В позитивный 10 % (n = 5), на Her2/neu 2 сверхэкспрессирующий 6 % (n = 3), и 24 % (n = 12) на триплет негативный рак молочной железы.

Преобладали опухоли размером более 2 см, умеренной степени дифференцировки, имеющие люминальный В фенотип и в этой группе практически у каждой 2–3 пациентки опухоль поражала грудную стенку и (или) кожу и (или) имелись метастазы в регионарные лимфатические узлы.

После проведенной НАХТ в категории Т произошло снижение стадии по сравнению с клинической (сТ > урТ) у 27 (54 %) пациенток, у 23 (46 %) пациенток категория Т осталась неизменной (сТ = урТ).

После прохождения НАХТ наиболее распространенным стал люминальный А фенотип, составившей 30 % случаев (n = 15), с равной частотой обнаруживался люминальный В негативный и триплет негативный фенотипы — по 24 % (n = 12), 10 % случаев приходилось на люминальный В позитивный фенотип, остальные 4 % (n = 2) были представлены Her2-положительным раком молочной железы.

Выводы

Все вышесказанное указывает на необходимость анализа изменений экспрессии иммуногистохимических биомаркеров после неоадьювантной химиотерапии у больных раком молочной железы для принятия оптимальных решений о тактике проводимого лечения, что позволит индивидуализировать терапию, улучшить ее эффективность и повысить выживаемости пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Global Cancer Observatory [Электронный ресурс]. Электрон. данные. Graph production: IARC, 2020. Режим доступа: <http://gco.iarc.fr/today>. (дата обращения: 12.03.2022).

УДК 616.212-006.6-089.843«2015/2022»

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ РЕКОНСТРУКЦИИ НОСА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ С 2015 ПО 2021 ГГ.

Чмель В. В., Абдуллаева Д. Т.

Научные руководители: к.м.н., доцент С. А. Иванов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Устранение сквозных дефектов крыла носа является сложной задачей реконструктивной хирургии. Необходимо не только восстановить целостность

наружной кожи, но и сформировать внутренний эпителиальный покров, добиться симметрии нижней трети носа [1].

Основная опухолевая патология наружного носа представлена в основном плоскоклеточным или базальноклеточным раком кожи, реже меланомой, кератоакантомой и раком из клеток Меркеля. По данным J. H. Choi и соавт., кожа носа является наиболее частой локализацией базально-клеточного рака на лице — 33,1 % случаев, тогда как следующая по частоте локализации этой опухоли на лице — щека (11 %). Лечение хирургическим или лучевым методом [2].

Планирование реконструктивного этапа зависит от локализации дефекта на носу, его размера и тканевого состава. Для реконструкции даже небольших по размеру дефектов различной локализации применяются различные варианты лоскутов или их комбинация.

Цель

Провести анализ динамики изменений методов реконструкции носа после удаления опухоли с 2015 по 2021 гг.

Материал и методы исследования

Были проанализированы документы 683 пациента, которым выполнялись операции по реконструкции носа различными методами. Возраст составлял от 53 до 71 года, в среднем $64 \pm 4,98$. Показаниями являлись дефекты, вследствие удаления новообразований: базально-клеточный рак — 554 (81,1 %) пациента, плоскоклеточный рак — 122 (17,9 %), меланома — 5 (0,7 %), аденокарцинома — 2 (0,3 %).

Стадийно были выделены пациенты: T1N0M0 — 631 (92,4 %) человек, T2N0M0 — 38 (5,6 %), T3N0M0 — 14 (2,1 %); в 34 (5 %) случаях пациенты были госпитализированы в связи с рецидивом.

Использованы следующие варианты устранения пострезекционного дефекта: простое ушивание раны — 258 (37,8 %); аутодермотрансплантат — 33 (4,8 %); лоскуты из носа — 103 (15,1 %); лоскуты из щеки «простые» — 148 (21,7 %); лоскуты из щеки «сложные» — 101 (14,8 %); лоскут из лба — 40 (5,9 %).

В некоторых случаях дополнительно использовали хрящевой имплант — 63 (9,2 %).

В 80 (11,71 %) случаях оперативное вмешательство проходило в 2 этапа и более.

Осложнения возникли у 25 (3,7 %) пациентов. Эпизоды с неприятным косметическим результатом у 16 (2,3 %) человек, а с неприятным функциональным результатом у 9 (1,3 %).

Результаты исследования и их обсуждение

С 2015 по 2021 гг. выявлена следующая динамика: метод с простым ушиванием раны применяют реже с каждым годом, так как данный способ создает значительный косметический дефект и в последствии приводит к нарушению носового дыхания; применение для пластики аутодермотрансплантата является редким методом, но имеет тенденцию к распространению в практике, так как это снижает вероятность некроза ткани, и, следовательно, частоту образования послеоперационных осложнений; идет тенденция к снижению использования лоскутов из носа, так как кожа в области крыльев интимно прилежит к подлежащим тканям и является малосмещаемой, что затрудняет их мобилизацию при хирургическом вмешательстве; в свою очередь возросло применение лоскутов со щеки «сложных» и лоскута со лба, в связи с улучшением технологий взятия дерматологического трансплантата.

Динамика по каждому методу реконструкции отражена на рисунке 1.

В ходе проведенного анализа динамики изменений реконструкции носа с 2015 по 2021 гг., было выявлено замещение кожным трансплантатом из щеки «простым» и из носа, лоскутов из щеки «сложных» и со лба. Аутодермотрансплантат применяют в единичных случаях, изменение динамики не прослеживается.

Так же были проанализированы исходы реконструкционной пластики. В ходе чего было установлено снижение осложнений с 7 до 1 случая. Неприятный кос-

метический результат с 4 пациентов в год снизился до показателя в один случай к 2020 г., а в 2021 г. не был выявлен. Неприемлемый функциональный результат с 2 случаев в 2015 г. снизился до одного в 2020 г., а в 2021 г. вообще не наблюдался ни у одного пациента. Результаты представлены в виде графика на рисунке 2.

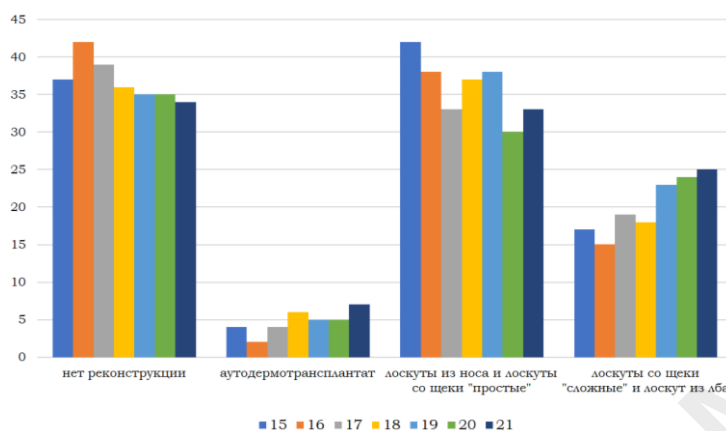


Рисунок 1 — Распределение использованных способов реконструкции

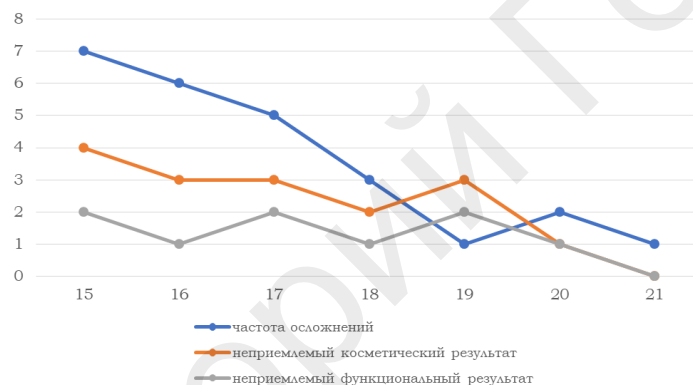


Рисунок 2 — Итоги реконструкции носа

Можно констатировать существенное снижение частоты осложнений (в 3-4 раза), частоты неприемлемых косметических результатов (в 3 раза) и неприемлемых косметических результатов (в 2 раза) на протяжении периода мониторинга. Это свидетельствует о совершенствовании хирургической техники и соблюдении рабочего алгоритма при реконструктивных мероприятиях у пациентов после хирургического лечения рака кожи.

Выводы

1. В исследованном материале до 60–65 % пациентов с выполненным хирургическим лечением рака кожи носа нуждались в реконструктивных мероприятиях.
2. Отмечается постепенное нарастание использования более сложных техник реконструкции наружного носа — с 16 до 25 % на протяжении периода исследования.
3. Частота осложнений и неприемлемых результатов реконструкции носа уменьшилась в 2–4 раза на протяжении периода исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов, С. А. Реконструкция крыла носа пластическим материалом на основе модифицированного пазл-лоскута / С. А. Иванов, Ю. Н. Савенко // Российская ринология. 2017. № 25(3). С. 30–34. Режим доступа: <https://doi.org/10.17116/rosrino201725330-34>.
2. Остин, Г. К. Реконструкция дефектов носа: современные подходы / Г. К. Остин, В. В. Шокали // Curr Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2016. № 24 (5). Р. 453–460. Режим доступа: <https://doi.org/10.1097/MOO.0000000000000295>.