



Рисунок 2 – Распределение по причине онкозапущенности

### **Выводы**

Отмечается тенденция к повышению выявления злокачественных новообразований как по поликлинике (на 12,42 %), так и по городу (на 16,6 %). Наблюдается увеличение выявляемости онкопатологии в 1 и 2 стадиях на 6,09 %. Также отмечается снижение выявления злокачественных новообразований в 3 и 4 стадиях на 6,09 %.

Для дальнейшего снижения уровня онкозапущенности необходимо обеспечить постоянный контроль проведения качественного онкоосмотра, независимо от причин обращения, врачами всех специальностей. Обеспечить выполнение полного объема обследований в 10-дневный срок пациентам с впервые выявленными изменениями в анализах (в том числе – тест на скрытую кровь, простатический специфический антиген, рентгенография органов грудной клетки, осмотр гинеколога, уролога при необходимости). Также обеспечить контроль за диспансеризацией, скринингом по раннему выявлению онкопатологии, выявлением визуальных форм (обязательный осмотр видимых слизистых, кожи, молочных желез, лимфоузлов с оформлением этого в медицинской карте амбулаторного пациента). Контроль за регулярным и своевременным выявлением, наблюдением, обследованием пациентов с предраковыми заболеваниями и пациентов группы риска.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Ларина, В. Н. Онконастороженность в работе врача поликлиники / В. Н. Ларина, Е. В. Кудина, Е. А. Вартамян – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 128 с.

УДК 616.36-006.6-08:[61:577.2]

**А. Н. Черепнин, А. Ш. Гусейнова**

*Научные руководители: д.м.н., профессор В. Н. Беляковский,  
врач-онколог высшей категории И. В. Савченко*

*Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь*

## **РОЛЬ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

### **Введение**

Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦР) – наиболее часто встречаемое (около 85 %) первичное злокачественное поражение печени, которое совместно с холангиомой, а также гепатохолангиомой объединены понятием «первичный рак печени» [1]. Отмечается

более высокая как заболеваемость, так и смертность на Африканском континенте и в Юго-Восточной Азии по сравнению с Европой и Северной Америкой. Была доказана корреляция риска развития ГЦР с наличием цирроза, алкогольного поражения печени и вирусными гепатитами (НСV и HBV) [2, 3].

### **Цель**

Продемонстрировать клинический случай пациента с ПМСР (первично-множественным синхронным раком: рак предстательной железы и гепатоцеллюлярной карциномы), диагностический поиск, специальное лечение.

### **Материал и методы исследования**

В работе использовались данные пациента за 2019–2023 гг. из медицинской карты амбулаторного (025/у–07) и стационарного больного (003/у-07) УЗ «Гомельский областной клинический онкологический диспансер». Проанализированы следующие данные, полученные на всех этапах оказания медицинской помощи: заключения врачей-специалистов (уролог, онкоуролог, онкохирург, химиотерапевт), данные лабораторных (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, анализ крови на ПСА) и инструментальных методов исследования (УЗИ ОБП, трепан-биопсия предстательной железы, МСКТА ОБП, цитологическое и морфологическое исследование узлового образования печени).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В учреждение «Гомельский областной клинический онкологический диспансер» обратился пациент Ф., 1957 года рождения: раннее развитие пациента без особенностей; гемотрансфузии, оперативные вмешательства, туберкулез, венерические заболевания отрицает; аллергологический анамнез не отягощен, лекарственной непереносимости не выявлено; эпидемиологический анамнез не отягощен.

Пациент, с подозрением на рак простаты, направлен на консультацию уролога; выполнена трепан-биопсия простаты (11.07.2019). Гистологически установлен диагноз ацинарной аденокарциномы предстательной железы G1. Направлен на ультразвуковое исследование органов брюшной полости (12.07.2019). Заключение: капсула печени без особенностей, контур четкий и ровный, паренхима с признаками диффузного стеатоза, в 7–8 сегментах лоцируется узловое образование до 115×73 мм с выраженным кровотоком, эхоскопически может соответствовать вторичным изменениям; парааортальные, подвздошные л/у без признаков метастазирования; в инфраренальном отделе аорты лоцируется аневризма протяженностью около 4 см; почки, желчный пузырь и протоки без особенностей.

02.10.2019 пациент направлен на пункционную биопсию образования печени. Результат: цитологическая картина в пользу печеночного рака. 03.10.2019 была выполнена повторная трепан-биопсия узла левой доли печени. Микроскопическое заключение: фрагменты ткани печени с жировой дистрофией, умеренной лимфоидной инфильтрацией порталных трактов. Для исключения злокачественного роста необходимо исследовать больше материала.

14.10.2019 проведен мультидисциплинарный консилиум. Выставлен диагноз: рак простаты pT2 N0 M0 G1 Ist. Susp ГЦР правой доли печени. Направлен в РНПЦ ОиМР.

Консультирован 04.12.2019 в РНПЦ ОиМР, где был подтвержден диагноз ГЦР.

Лечение:

06.12.2019 проведена эмболизация ветвей печёночной артерии.

01.07.2020г пациенту по решению консилиума назначена таргетная терапия сорафенибом в дозе 200 мг 2 раза в день. Оценка эффективности проводимого лечения отслеживается методом МСКТА. 26.05.2020 г по результатам МСКТА отмечается уменьшение опухоли на 34 % (частичный ответ по критериям RECIST 1.1).

На 23.03.2023 состояние пациента удовлетворительное. Активных жалоб нет. По результатам обследования у пациента сохраняется частичный ответ на проводимое лечение, продолжает прием препарата в прежней дозе. Пациент параллельно наблюдается у онкоуролога, без данных за прогрессирование опухоли предстательной железы.

### **Выводы**

По результатам проведенной дифференциальной диагностики, метастатическая этиология новообразования печени не подтвердилась. Было выявлено, что гепатоонкопатология первична. Благодаря своевременному выявлению онкологии и начатому лечению, удалось добиться стабилизации состояния пациента.

На фоне таргетной терапии сорафенибом восстановлена трудоспособность, возможность заниматься повседневной деятельностью сохранена. Профиль переносимости лечения удовлетворительный, нежелательные явления краткосрочные. С учетом отсутствия воздействия канцерогенных веществ и вирусного повреждения печени, положительной динамикой на фоне лечения, прогноз пациента относительно благоприятный.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Кузнецов, О. Е. Вирус-ассоциированный гепатоцеллюлярный рак печени / О. Е. Кузнецов, В. М. Цыркунов // Гепатология и гастроэнтерология. Гродно. – 2021. – Т. 5, № 1. – С. 17–24.
2. Шантаревич, М. Ю. Применение текстурного анализа КТ и МР-изображений для определения степени дифференцировки гепатоцеллюлярного рака и его дифференциальной диагностики: обзор литературы / М. Ю. Шантаревич, Г. Г. Кармазановский // Исследования и практика в медицине. – 2022. – Т. 9, № 3. – С. 129–144.
3. Гепатоцеллюлярный рак и трансплантация печени: от хаоса к порядку / Я. Лерут [и др.] // Альманах клинической медицины. – 2018. – № 6 (46). – С. 552–559.

**УДК 616.211-089.844**

**Е. В. Чумакова**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Иванов*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ В ДОНОРСКОЙ ЗОНЕ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ НАРУЖНОГО НОСА ЛОСКУТАМИ ИЗ КОЖИ ЛИЦА**

### **Введение**

Реконструкция наружного носа (НН) у пациентов с приобретенными дефектами направлена на восстановление внешнего вида и обеспечение нормальной функции. Устранение дефектов наружной кожи чаще всего выполняют с помощью кожных лоскутов из щеки и лба [1, 2]. Вариант пересадки свободной кожи для закрытия дефекта, который невозможно исправить простым ушиванием краев раны. Кожный лоскут забирается с любой части тела и пересаживается в зону дефекта. Донорская зона выбирается таким образом, чтобы лоскут был максимально близок по цвету и фактуре к реципиентной зоне [3, 4].

### **Цель**

Оценить изменения в донорской зоне при реконструкции наружного носа лоскутами из кожи лица.

### **Материал и методы исследования**

Исследованы результаты 149 реконструкций носа лоскутами лица. Статистическую обработку осуществляли с помощью пакета программ Statistica 8.0. Сравнение групп выполняли с помощью критериев Фишера, Краскела – Уоллиса, критерия Хи-квадрат Пирсона.