

17.08.2020 была проведена лапоротомия, холицистэктомия, биопсия забрюшинных лимфатических узлов. Доказан сохраненный HER2 статус опухоли.

В последующем пациентка получала 2 линию таргетной терапии – препарат герцептин + перьета (всего 37 введений).

11.2022 при контрольном обследовании выявлено очередное прогрессирование. Пациентка переведена на 3 линию таргетной терапии препаратом трастузумаб эмтанзин (кадсила).

С 11.2022 по 02.2024 гг. было выполнено 22 курса таргетной терапии препаратом кадсила. На 16.02.2024 состояние пациентки удовлетворительное, активных жалоб не предъявляет. На настоящее время отмечается стабилизация опухолевого процесса.

Выводы

Приведенный клинический случай демонстрирует многообразие новообразований молочной железы, диагностическую ценность стандартных инструментальных исследований и роль таргетной терапии как метода лечения.

За весь период лечения с 2008 по 2024 гг. пациентке было выполнено 289 курсов таргетной терапии. Применение 3 линий таргетной терапии в сочетании с химиотерапией и гормонотерапией у данной пациентки показывает эффективность проводимого лечения как в показателях безрецидивной, так и общей выживаемости.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Масалкова, Ю. Ю. Особенности заболеваемости раком молочной железы (по данным Витебского областного клинического онкологического диспансера) / Ю. Ю. Масалкова, Д. И. Беляева // Журнал Белорусского государственного университета. Экология. – 2022. – Т. 1. – С. 68–74.
2. Кит, О. И. Гетерогенность люминального рака молочной железы у женщин с различным репродуктивным статусом / О.И. Кит, Ю. С. Шатова, С. С. Тодоров // Российский онкологический журнал. – 2014. – Т. 19, № 6. – С. 14–17.
3. Стенина, М. Б. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака молочной железы / М. Б. Стенина, Л. Ю. Владимирова, О. А. Гладков // Злокачественные опухоли. – 2015. – Т. 1, № 4. – С. 99–115.
4. Семиглазов, В. Ф. Неoadьювантная таргетная терапия рака молочной железы / В. Ф. Семиглазов, Т. Ю. Семиглазова, А. А. Божок // Эффективная фармакотерапия. – 2013. – Т. 6. – С. 12–16.
5. Семиглазов, В. Ф. Неoadьювантная таргетная терапия рака молочной железы (ретроспективный и проспективный анализ) / В. Ф. Семиглазов, П. В. Криворотько, Г. А. Дашян // Вопросы онкологии. – 2017. – Т. 63, № 2. – С. 256–260.

УДК 618.11-006.6-08

М. Ю. Лапицкая

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Н. Беляковский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ III И IV СТАДИИ

Введение

Рак яичников (РЯ) занимает первое место в структуре смертности заболеваний репродуктивной сферы у женщин. Трудности ранней диагностики, быстрый рост опухоли, раннее имплантационное метастазирование по серозным оболочкам малого таза и брюшной полости, неудовлетворительные результаты лечения распространенных форм позволяют считать РЯ одной из наиболее агрессивных злокачественных опухолей с крайне неблагоприятным прогнозом. Даже при высоком уровне медицинской помощи заболевание в 65–80% случаев распознается в III–IV стадиях при активном развитии метастазов [1].

По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируется более 250 тыс. новых случаев РЯ, более 100 тыс. женщин погибают от злокачественных новообразований яичников [2]. В Республике Беларусь эти заболевания составляют 4,2% в структуре всех злокачественных опухолей женщин и являются наиболее частой причиной смерти пациенток онкогинекологического профиля. Ежегодно в республике РЯ выявляется более чем у 1800 женщин и более 700 женщин погибают [3]. По данным статистики пик заболеваемости эпителиальными злокачественными новообразованиями яичников приходится на возрастной интервал 40–70 лет, средний возраст заболевших в Республике Беларусь в 2016 году составлял 54 года [1]. В качестве лечения применяются хирургическое лечение с адъювантной химиотерапией, курсы химиотерапии с промежуточной циторедукцией, курсы химиотерапии с последующим хирургическим лечением. Поэтому проблема ранней диагностики и выбора методов лечения РЯ является весьма актуальной.

Цель

Рассмотреть применяемые методы лечения для пациентов различных стадий заболевания, их возрастной состав, течение болезни.

Материал и методы исследования

Ретроспективно проанализированы истории болезни пациентов Гомельского областного клинического онкологического диспансера за 2023 год. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием компьютерных программ Microsoft Excel, Statsoft Statistica.

Результаты исследования и их обсуждение

За анализируемый период на базе онкологического отделения № 9 проводилось лечение 35 пациенток в возрасте от 35 до 77 лет (рисунок 1). Несмотря на то, что средний возраст лечившихся в отделении составил 57 лет, значительную долю в общем количестве пациенток заняли лица в детородном возрасте до 44 лет (20,0%). Большинство пациенток находились в возрасте старше 60 лет (65,7%).



Рисунок 1 – Распределение пациенток по возрастным группам

Особенностью заболевания является тот факт, что опухоль чаще выявляется лишь на поздних стадиях (III–IV). Наибольшее количество лечившихся имели III стадию развития заболевания (68,4%, рисунок 2).

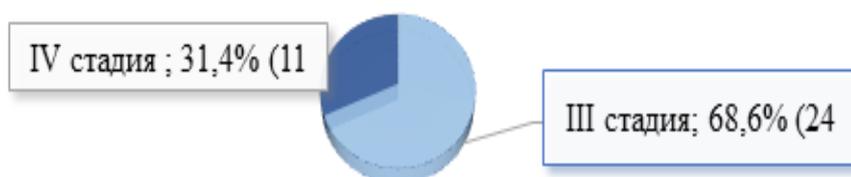


Рисунок 2 – Распределение пациенток по стадиям заболевания

В результате обследования пациенток выявлено, что на III стадии метастазы распространялись преимущественно имплантационно по брюшине, по капсуле печени. Имели место поражения ретроперитонеальных лимфатических узлов. На IV стадии появляются распространенные метастазы в плевральной полости, внутригрудные и паховые лимфатические узлы (рисунок 3).

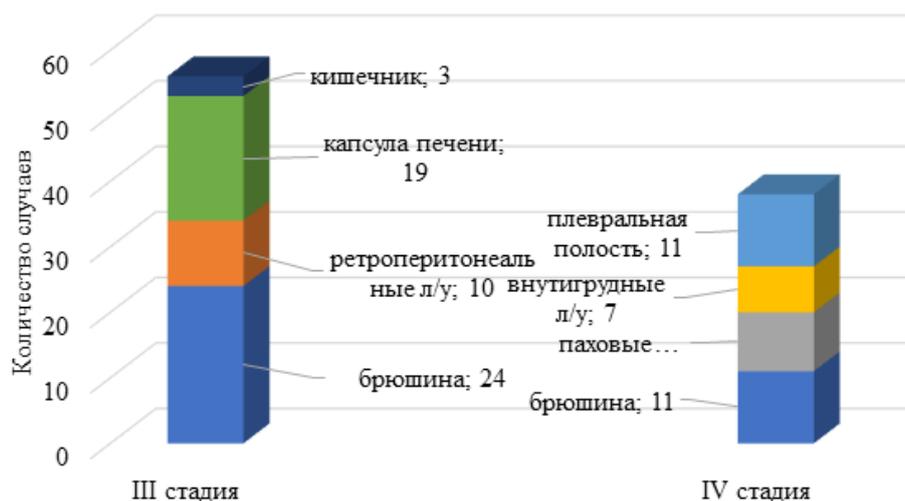


Рисунок 3 – Локализация метастазирования при РЯ

Большинству пациенток, у которых предполагался РЯ, выполнена лапаротомия, целью которой является точное установление диагноза и распространенности опухолевого процесса, верификация, а также максимально возможное удаление опухолевых масс.

В качестве лечения применялись разнообразные методы, выбор которых зависел от стадии заболевания, наличия сопутствующих заболеваний и индивидуальных особенностей организма пациенток (таблица 1).

Таблица 1 – Применяемые методы лечения пациенток с диагнозом «Рак яичников»

Стадия заболевания	Всего, чел	Количество пациенток (чел.), прошедших этапы лечения					
		Хирургическое лечение + химиотерапия	Удельный вес, %	Химиотерапия+ циторедукция+ химиотерапия	Удельный вес, %	Химиотерапия+ хирургическое лечение	Удельный вес, %
III стадия	24	18	75,0	4	16,7	2	8,3
IV стадия	11	3	27,3	5	45,4	3	27,3

Большинству пациенток с III стадией РЯ (75,0%) было проведено хирургическое лечение с адьювантной химиотерапией до 6 курсов. Доля пациенток, прошедших 2–3 курса химиотерапии, промежуточную циторедукцию с последующими 3–4 курсами химиотерапии, составила 16,7%. И только 8,3% сначала прошли курсы химиотерапии (4–6 курсов), после чего им проведено хирургическое лечение. Следует отметить, что четкой картины результативности тактик лечения не выявлено.

РЯ является агрессивным заболеванием, поэтому после проведенного лечения часто регистрировались случаи прогрессирования болезни. Так, в группе пациенток, проходивших лечение по этапам «хирургическое лечение + химиотерапия», положительная динамика после одного года лечения наблюдалась у 2-х человек (11,1%). Случаи рецидива болезни отмечены у 4-х человек (22,2%), в 3-х случаях (16,7%) отмечалось прогрессирование заболевания после рецидива. Поскольку остальные 9 пациенток продолжали

лечение (50,0%), то оценить результативность невозможно. При лечении по схеме «химиотерапия + циторедукция + химиотерапия» результаты оказались следующими: прогрессирование заболевания – в 50,0% случаев (2 чел.), рецидив – 25,0% (1 чел.), продолжали лечение – 25,0% (1 чел.). При лечении более одного года по схеме «химиотерапия + хирургическое лечение» у 50,0% отмечалась положительная динамика (1 чел.), у 50,0% (1 чел.) – прогрессирование.

Для пациенток с IV стадией РЯ в большинстве случаев (45,4%) применялась методика «химиотерапия + циторедукция + химиотерапия». В результате лечения в 2-х случаях произошел рецидив (40,0%), зарегистрирован 1 случай прогрессирования болезни (20,0%), 2 человека продолжали лечение.

Выводы

1. Преобладающая часть пациенток, проходивших лечение, имели III стадию РЯ (68,6%), средний возраст заболевших – 57 лет, при этом значительную долю занимали пациентки детородного возраста (20,0%).

2. Для пациенток III стадии РЯ наиболее частым алгоритмом лечения явилось хирургическое вмешательство с адъювантной химиотерапией, а для пациенток с IV стадией – химиотерапия с промежуточной циторедукцией.

3. Прогрессирование болезни у пациенток III и IV стадий в большинстве случаев требовало корректировки проводимого лечения и замены химиотерапии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинический протокол «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований»: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.07.2018 № 60 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 13.10.2018, 8/33500. – С. 307–325.

2. Аксель, Е. М. Статистика злокачественных новообразований женских половых органов / Е. М. Аксель, И. Г. Починка, Д. Я. Ахатов // Онкология. – 2013. – № 2. – С. 9–11.

3. Кушлинский, Н. Е. Опухоли яичников / Н. Е. Кушлинский, В. П. Казаченко // Сахарный диабет. – 2005. – № 3. – С. 2–10.

УДК 618.146-006.6-08

Е. В. Ласко

Научный руководитель: ассистент кафедры И. В. Савченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РАК ШЕЙКИ МАТКИ II–IV СТАДИЙ: ОСОБЕННОСТИ ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ

Введение

Рак шейки матки (РШМ) является четвертым по распространенности видом рака у женщин во всем мире (по оценкам, в 2020 г. произошло 604 000 новых случаев заболевания и 342 000 случаев смерти от него).

РШМ – это визуальное заболевание. В течение многих лет и даже десятилетий ему предшествуют предраковые поражения – цервикальные интраэпителиальные неоплазии (cervical intraepithelial neoplasia, CIN). Он вызывается персистирующей инфекцией вирусом папилломы человека (ВПЧ). Своевременная диагностика и излечение CIN становятся профилактикой инвазивного РШМ. CIN инициируется в зоне трансформации шейки матки и поддерживается персистирующей инфекцией, вызванной ВПЧ высокого канцерогенного риска.