

СЕКЦИЯ ОНКОЛОГИИ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАКА УРЕТРЫ У ЖЕНЩИНЫ

Батулина А.Р., Пономарева О.В.

Научный руководитель: к. м. н, ассистент Жиборев А.Б.
Кафедра урологии и нефрологии
Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Актуальность исследования: первичный рак уретры — крайне редкое заболевание. Частота встречаемости менее 1% от всех раков мочеполовой системы. Женщины болеют чаще мужчин (4:1) [1]. 5-летняя относительная выживаемость при раке уретры 54% [2]. Из-за редкой встречаемости возникают сложности в его диагностике и лечении.

Цель исследования: демонстрация клинического случая.

Материалы и методы: анализ данных лабораторных и инструментальных исследований, ретроспективный анализ историй болезни, анамнеза.

Результаты: больная П., 68 лет, поступила в областное урологическое отделение ГБУ РО № 11 24.09.2017 с предварительным диагнозом: новообразование уретры. Жалобы на учащенное затрудненное мочеиспускание появились 3 года назад. МРТ — в области шейки мочевого пузыря неправильной формы, неоднородная полипоидная масса, пролабирующая в проксимальный отдел уретры, размером 1,5*1,7*1,7. Цистоскопия: опухоль мочевого пузыря не подтверждена. Провели консервативную терапию цистита. В августе 2018 больная поступила с аналогичными жалобами. УЗИ мочевого пузыря — в проекции шейки неоднородное образование размером 29*23*26 мм, с активным кровотоком (режим ЦДК). Остаточной мочи-100 мл. Уретроцистоскопия: разрастания ткани по всей окружности уретры, пролабирующие в мочевой пузырь, слизистая его не изменена. Проведена ТУР-биопсия. Окончательный диагноз: уротелиальная папиллярно-тубулярная аденокарцинома T1N0M0G3. Выполнена ТУР-резекция уретры. Сейчас пациентка мочится удовлетворительно, остаточной мочи нет.

Выводы: данные МРТ органов малого таза не были подтверждены при традиционной цистоскопии. Решающую роль сыграла уретроцистоскопия, проведенная после неэффективного лечения. Это подтверждает трудность диагностики такого редкого заболевания, как аденокарцинома уретры.

Литература

1. Аль Шукри С.Х., Ткачук В.Н. Опухоли мочеполовых органов. СПб: Питер, 2000. 320 с.
2. Nargund, V.H. Urological oncology / V.H. Nargund, D. Raghavan, London: Springer, 2007–634 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ
И ТРЕПАН — БИОПСИИ У ПАЦИЕНТОВ
С ГЕПАТОБЛАСТОМОЙ

Большакова Т.В., Кондратьева Е.А.

Научный руководитель: д. м. н. Кулева С.А.
Национальный медицинский исследовательский центр онкологии
имени Н.Н. Петрова
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: гепатобластома (ГБ) — это наиболее распространенная злокачественная опухоль печени у детей младшего возраста. Диагностика основывается на различных методах, в т. ч. тонкоигольной аспирационной биопсии (ТИАБ) и трепан-биопсии (ТБ), инвазивных способах определения гистологического типа опухоли.

Цель исследования: определить показания и противопоказания для проведения ТИАБ и ТБ у пациентов с ГБ.

Материалы и методы: проводился анализ различных протоколов лечения пациентов с ГБ [2, 3], а также иностранных публикаций, посвященных диагностике ГБ, других образований печени и оценке осложнений при проведении ТИАБ.

Результаты: согласно основным протоколам ведения пациентов с ГБ показаниями для проведения биопсии образования печени являются следующие: солидное образование печени; возраст младше 6 месяцев и старше 3 лет; нормальный уровень АФП; необходимость уточнения диагноза (сомнительный диагноз при визуализационных техниках обследования).

Начало лечения пациентов без проведения биопсии возможно при следующих условиях [2]: возраст пациентов старше 6 месяцев и младше 3 лет, уровень АФП выше возрастной нормы, визуализация солидного компонента образования печени с помощью методов инструментальной диагностики (УЗИ, МРТ, КТ). Противопоказано проведение ТИАБ и ТБ при выраженном сосудистом компоненте образования, при тромбоцитопении ($<50 \cdot 10^9/\text{л}$), анемии тяжелой степени тяжести.

Разбор иностранных статей, посвященных анализу осложнений ТИАБ у детей [1], показал относительную безопасность проведения данной манипуляции. Не исключена возможность появления различных осложнений (11,84%), таких, как внутрибрюшное кровотечение (0,5%), подкапсульное кровоизлияние (2,2%) и др. Однако встречаемость данных состояний статистически незначима ($p=0,307$).

Выводы: согласно проведенному анализу литературных данных ТИАБ и ТБ печени являются предпочтительными и безопасными методами диагностики для пациентов с подозрением на солидное образование в любом возрасте, в том числе с 6 месяцев до 3 лет.

Литература

1. Carlos Bilreiro et al. Ultrasound-guided liver biopsies in children — a single center experience and risk factors for minor bleeding. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2017.
2. SIOPEL 3.
3. Клинические рекомендации НИИ детской онкологии и гематологии по лечению злокачественных опухолей печени у детей.

ИЗУЧЕНИЕ ЗНАЧЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПАНКОСТА

Василевская О.И., Швабо Ю.В.

Научный руководитель: ассистент Лукошко Е.С.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность исследования: в последние годы наблюдается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями, в том числе и раком легкого (РЛ). В Беларуси РЛ находится на 1 месте в структуре онкологической патологии. Грубый интенсивный показатель в 2005 г. для мужчин составил 79,5 случаев на 100 тыс. населения, для женщин — 10,1 [1]. Особой формой РЛ является рак Панкоста. Рак Панкоста — апикальный рак легкого, имеющий субплевральную локализацию и сопровождающийся прорастанием нервно-сосудистого пучка, нижних шейных позвонков, верхних ребер и других близлежащих анатомических образований. Выявить данную патологию позволяют рентгенография и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов грудной клетки.

Цель исследования: изучить значение лучевых методов в диагностике рака Панкоста.

Материалы и методы: проведено выборочное статистическое исследование, объектом которого стали архивные данные 409 пациентов торакального отделения с раком верхушки легкого. Возраст пациентов 27–87 лет. Медиана наблюдения составила 60 месяцев.