

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО И ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Седых В.С.

Научный руководитель: ассистент Зайцева И.В., д.м.н., ассистент Матвеева З.С.
Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность: цитологическое исследование является одним из основных критериев отбора для хирургического лечения больных узловыми новообразованиями щитовидной железы [1].

Цель исследования: оценить достоверность и информативность цитологической диагностики по сравнению с результатами послеоперационного гистологического исследования.

Материалы и методы: оценены результаты до- и послеоперационного морфологического исследования [2] 934 узловых образований пациентов, оперированных в 2017–18 гг. в Центре хирургии органов эндокринной системы. Окраска цитологического материала производилась по Грюнвальду-Гимзе, гистологического — гематоксилином-эозином [2].

Результаты: нами отмечена высокая степень соответствия цитологической картины в мазках, полученных при биопсии тиреоидных узлов, и гистологического исследования послеоперационного материала. При «фолликулярных опухолях» она составила 80,4%, а при «папиллярных карциномах» — 89%. А при сравнении «коллоидных узлов» соответствие не превышало 79,9%. Такие высокие показатели соответствия обусловлены качественным забором материала и его тщательным гистологическим исследованием. Показатели чувствительности и специфичности дооперационной цитологической диагностики больных узловым зобом составили соответственно 66,3% и 94,2%, у больных «фолликулярной аденомой» — 90,4% и 77,0%, при «фолликулярной карциноме» — 69,2% и 43,6% соответственно. Наиболее высокие показатели чувствительности и специфичности выявлены при папиллярном тиреоидном раке — они составили 90,0% и 97,3% соответственно. **Выводы:** Цитологическое исследование обладает высокой чувствительностью и специфичностью и является ценным диагностическим исследованием в диагностике узловых новообразований щитовидной железы.

Литература

1. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желёз / СПб: Вести, 2009. 647 с.
2. Воробьев С.Н., Матвеева З.С. В сборнике: Современные аспекты хирургической эндокринологии Материалы пятнадцатого Российского симпозиума по хирургической эндокринологии с международным участием. 2005. С. 91–93.

РАЗРАБОТКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СКРИНИНГ ПАНЕЛИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ ЖИДКОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ

Соловьева Л.А.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Кашинцев А.А.
Кафедра факультетской хирургии им. профессора А.А. Русанова
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность: анализ заболеваемости, результатов лечения РПЖ подводит к выводу: в этом направлении необходимо создание диагностической панели, позволяющей выявлять заболе-

.....

вания на стадиях предраковой трансформации [1]. Для этого следует обратить внимание на ключевые патологические пути канцерогенеза аденокарциномы.

Цель исследования: разработка и внедрение новой технологии, направленной на повышение эффективности диагностики и лечения РПЖ на ранних стадиях. Поиск диагностической среды, в которой будут определять маркеры рака.

Материалы и методы: на базе хирургических, онкологических отделений стационаров выполнена постановка зонда пациентам с установленным диагнозом РПЖ. Произведен забор панкреатического сока. Материал использован для: цитологического исследования; выделения ДНК с последующей постановкой ПЦР в режиме реального времени [2].

Результаты: используя созданный банк образцов крови, ткани ПЖ, выполнен анализ кривых плавления полученных образцов путем постановки ПЦР в режиме реального времени. Частота мутации в гене KRAS составила 40,2%. При этом наличие мутации достоверно отрицательно сказывалось на результатах лечения. Данное обстоятельство отражено в следующих показателях: средний возраст пациентов — $61,4 \pm 14,5$ лет, в группе с диким типом — $72,1 \pm 10,03$ лет. Средняя продолжительность жизни у носителей мутации $4,08 \pm 0,94$ месяца. Гистологический тип опухоли при положительном KRAS статусе преимущественно — низкодифференцированная аденокарцинома (55,6%). При этом гиперэкспрессия EGFR не выявлена ни в одном случае из заявленных образцов.

Выводы: учитывая данные, полученные среди образцов крови, ткани ПЖ, требуется провести дополнительный анализ на поиск мутаций в соке ПЖ, сопоставить корреляцию их выявления в различных средах.

Литература

1. Genomic analyses identify molecular subtypes of pancreatic cancer Bailey P. et al., 2016. Nature 53.
2. Integrated Genomic Characterization of Pancreatic Ductal Adenocarcinoma Raphael et al., 2017. Cancer Cell 32.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ ДОСТУПА К ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ИЗ ПРЕДДВЕРИЯ РТА

Сомова А.Д., Никольская Т.А.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Вабалайте К.В.

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность: повсеместное стремление к использованию минимально инвазивных технологий — неизбежный этап в развитии хирургической практики [1]. Подобные методы хирургического лечения способствуют уменьшению хирургической травмы, хорошему эстетическому эффекту и снижению послеоперационного периода [2,3].

Цель исследования: отработка навыков проведения операций на щитовидной железе (ЩЖ) через преддверие рта. Выявление положительных аспектов малоинвазивных операций через данный доступ.

Материалы и методы: работа выполнена на базе патологоанатомического отделения Мариинской больницы. С целью отработки навыков выполнения доступа к ЩЖ через преддверие рта было произведено 6 тиреоидэктомий (ТЭ) на 6 человеческих трупах обоих полов. Произведен анализ мировой литературы по данной теме.

Результаты: ТЭ, проводимая с помощью доступа из преддверия рта, в техническом плане занимает больше времени (на начальных этапах), чем открытая операция и требует дополнительного обучения хирургов и отработки навыков. Тем не менее, этот доступ имеет ряд преимуществ: 1) Хороший эстетический эффект, вследствие отсутствия рубца на шее; 2) Уменьшение длительности послеоперационного периода; 3) Снижение вероятности появления рубцовых изменений; 4) Уменьшение болевого синдрома в послеоперационном периоде; Доступ из преддверия рта осуществим на практике как технически, так и с точки зрения анатомо-топографических особенностей, более того, его выполнение не требует использова-