182. Современные аспекты хирургического лечения больных раком молочной железы

Г.И. Былинский, Л.А. Семичковский

ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», Беларусь

В условиях неуклонного роста заболеваемости раком молочной железы (РМЖ) и ранней диагностики опухолевого процесса, отличительными особенностями современной маммологии являются сокращение объема операций и развитие реконструктивно-пластической хирургии молочной железы.

В отделении онкомаммологии РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова за 2010 г. выполнено 1480 хирургических вмешательств. В общем объеме из 730 первичных операций по поводу РМЖ доля органосохраняющего лечения составила 214 (29,3%). Среди 324 первичных операций при «минимальных» и «ранних» формах РМЖ, доля органосохраняющих вмешательств достигла 153 (47,2%). Выполнено 39 реконструктивно-пластических операций различных типов. При этом одномоментная маммопластика произведена у 28 (71,8%) больных, отсроченная — у 11 (28,2%). Внедрены и активно используются оригинальные методы интраоперационной профилактики лимфедемы верхней конечности. Разработанный оригинальный хирургический инструментарий способствует улучшению условий труда хирургов и сокращению времени операций.

По нашему мнению, доля органосохраняющего лечения у больных РМЖ может быть существенно увеличена за счет: активного внедрения методов ранней и доклинической диагностики (маммографический скрининг); точного обоснования клинических и ограничения возрастных показаний для удаления молочной железы; развития методов неоадъювантных воздействий с целью уменьшения первичной опухоли и рестадирования процесса; расширения показаний к выполнению одномоментных реконструктивно-пластических операций; усиления разъяснительной работы среди пациентов с учетом того, что объем операции существенно не влияет на показатели выживаемости.

183. Электросварка живых мягких тканей (ЭСЖМТ) в хирургическом лечении рака молочной железы

П.В. Безносенко, В.И. Запухляк

Николаевский областной онкологический диспансер

Способ электросварки живых мягких тканей (ЭСЖМТ) посредством биполярной коагуляции был разработан сотрудниками Института электросварки им. Е.О. Патона НАН Украины. Оценивали преимущества метода ЭСЖМТ в хирургическом лечении рака молочной железы.

В Николаевском областном онкологическом диспансере с 2008 года с применением ЭСЖМТ прооперировано 68 больных с РМЖ. Из числа прооперированных: 49 больных со 2-й стадией РМЖ (T2N0–1M0); 12 — с 1-й стадией РМЖ (T1N0M0); 7 — с 3-й стадией РМЖ (T3–4N0–2M0). В хирургическом лечении группы исследования был применен метод ЭСМЖТ с использованием электросварочного комплекта ЕК-300М1. Контрольную группу составила 51 больная. При выполнении оперативного вмешательства в контрольной группе применяли электронож ЭН57М1. В группе исследования рассечение кожи проводили скальпелем, остальные этапы операции с помощью электроножа ЭН57М1 (в режиме резка и гемостаз). Во время операции отмечали более эффективный гемостаз. В исследуемой и контрольной группе производили цитологическое исследование дренажной жидкости в послеоперационный период. В обеих группах применяли вакуум-дренажи в первую неделю послеоперационного периода.

В исследуемой группе лимфорея продолжалась в среднем 10 дней, отмечено 8 случаев серомы. Цитологическое заключение по исследованию дренажной жидкости показало уменьшение количества элементов воспаления. В контрольной группе было зарегистрировано 14 случаев серомы (27,5%), 5 случаев краевых некрозов кожных лоскутов (9,8%), 4 случая длительной лимфореи (7,9%). Применение ЭСЖМТ на хирургическом этапе лечения РМЖ сокращает время операции на 15–20%.

Применение технологии ЭСЖМТ позволяет проводить хирургическое лечение РМЖ с соблюдением онкологических принципов радикализма, обеспечивает надежный гемостаз, сокращает время операции, не осложняет течение послеоперационного периода.

184. Наш опыт применения электрокоагулятора ЕК-300М1 при выполнении радикальных операций при раке молочной железы

С.В. Бондар, В.Д. Атанасов, Д.П. Кичук, И.С. Бондар

Одесский областной онкологический диспансер

Электрокоагулятор ЕК-300М1 используется при операциях на молочной железе в течение 7 лет. За это время мы выполнили около 7500 операций. Из них 3576 радикальных мастэктомий в различных модификациях. Используя электрокоагулятор, нам удается значительно сократить интраоперационную кровопотерю. Работа выполняется практически на сухом операционном поле, что положительно сказывается на течении послеоперационного периода. Во время операции требуется минимальное количество хирургического инструментария и стерильного материала.

Особенно эффективно применение аппарата при оперативном лечении онкобольных в запущенных стадиях с распадающимися опухолями, опухолями больших размеров, прорастающими в грудные мышцы. При использовании электрокоагулятора ЕК-300М1 отсутствует обугливание и некроз тканей. Хирурги отмечают разницу при работе с электроножом и аппаратом ЕК-300М1 по отсутствию специфического удушающего запаха и ядовитых испарений, раздражающих слизистые оболочки глаз и дыхательных путей.

Мы широко используем электрокоагулятор ЕК-300М1 при выполнении радикальных операций у больных с РМЖ с одномоментной реконструкцией молочной железы кожно-мышечным лоскутом из широчайшей мышцы спины и TRAM-лоскутом. Во время операций нам удалось значительно снизить интраоперационную кровопотерю, сократить время выполнения оперативного вмешательства.

Применение электрокоагулятора ЕК-300М1 при выполнении операций по поводу РМЖ позволяет значительно снизить интраоперационную кровопотерю, уменьшить количество использованного стерильного материала и хирургического инструментария, сократить время оперативного вмешательства и пребывания больной в стационаре, улучшить условия работы хирургической бригады, что дает возможность рекомендовать его для практического применения в хирургии молочной железы.

185. Фактори впливу на загальне виживання хворих при обмеженому та необмеженому термінах лікування

І.М. Бондаренко, К.О. Дмитренко, В.С. Кислицина, В.А. Коссе

Дніпропетровська державна медична академія

Рак молочної залози у жінок посідає 1-ше місце у структурі захворюваності на злоякісні новоутворення серед дорослого жіночого населення більшості країн світу й України і залишається однією з головних проблем сучасної онкології. Підвищення ефективності лікування метастатичного раку молочної залози є актуальною проблемою клінічної онкології.

Визначали фактори, що дозволяють прогнозувати доцільність продовження чи припинення хіміотерапії. В дослідженні взяли участь 128 хворих віком 33–75 років з уперше виявленим метастатичним раком молочної залози або пролонгацією захворювання з наявністю на даний час віддалених метастазів (М1). У 1-шу (контрольну) групу ввійшла 61 пацієнтка з тривалістю хіміотерапевтичного лікування, що обмежувалось 24 тиж. У 2-гу (дослідну) групу включили 67 хворих з необмеженим терміном лікування.

Відповідь пухлини на лікування, досягнута на 24-му тижні, виявилася найбільш надійним прогностичним фактором щодо успіху або неефективності подальшого лікування протягом 24–48 тиж. Припинення лікування у пацієнток з частковою відповіддю пухлини після 24-го тижня призвело до достовірного збільшення (p=0,003) кількості випадків прогресії захворювання ВР=3,5 (95% ДІ 1,6–7,7). При стабілізації захворювання

частота випадків прогресії до 48-го тижня зросла на 36,4±8,4%, а при продовженні хіміотерапії на 34,8±9,9%. Таким чином, наявність збереження часткової відповіді є основним показанням до збільшення термінів лікування.

Другим вагомим фактором є локалізація метастазів. Клінічна користь від збільшення термінів лікування доведена лише за наявності ізольованих метастазів у печінці, або поєднаному ураженні печінки та легень. У таких хворих рекомендується лікування до прогресії захворювання або його непереносимості. При локалізації метастазів у легенях або лімфатичних вузлах необхідність у тривалому лікуванні в цілому відсутня.

Відповідь пухлини на лікування та локалізація вимірних метастатичних осередків виявилися основними факторами прогнозування доцільності продовження хіміотерапії.

186. Активная тактика в лечении деструктивных форм рака молочной железы.

Г.В. Бондарь, И.Е. Седаков, В.Н. Смирнов, Е.Ю. Хлопушин, Д.А. Винничук

Донецкий областной противоопухолевый центр

Цель работы — улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения и повысить качество жизни больных деструктивными формами рака молочной железы (РМЖ). В основу настоящего исследования были положены сведения, полученные из историй болезни, амбулаторных карт, контрольных карт диспансерного наблюдения 136 больных РМЖ, лечение которым было проведено в Донецком областном противоопухолевом центре в 1997–2007 гг. Селективная внутриартериальная полихимиотерапия произведена в 92 случаях (исследуемая группа), санитарная мастэктомия с последующим паллиативным химиогормонолучевым лечением — в 44 (контрольная группа).

Средняя продолжительность жизни в исследуемой группе наблюдения составила 4,21±0,2 года, что значительно превосходит статистические данные отечественных и зарубежных авторов. При этом одногодичная выживаемость составила 93,4±5,69%, 2-летняя — 85,7±9,04% и 3-летняя выживаемость — 77,7±12,1%, 4-летняя — 77,7±12,1%; 5-летняя — 73,0±14,5 соответственно. Общая средняя продолжительность жизни у больных в контрольной группе составила 3,53±0,22 года. При этом одногодичная выживаемость в контрольной группе составила — 90,9±10,01%; 2-летняя — 75,8±16,2 %; 3-летняя — 62,4±19,3%; 4-летняя — 51,5±21,2%; 5-летняя — 44,7±22,4%. Средний период ремиссии в контрольной группе составил 0,29 года (3,5 мес).

Риск прогрессирования заболевания для больных исследуемой группы по сравнению с контрольной уменьшается ОР=3,4 (ДИ 1,4–8,4) раза (различие статистически значимо, p=0,01).

187. Электросварка в хирургии рака молочной железы

Г.В. Бондарь[1], И.Е. Седаков[1], Р.А. Кобец[2], А.В. Бондарь, Р.В. Старушко

[1]Донецкий областной противоопухолевый центр

[2]Городской онкологический диспансер, г. Горловка

В настоящее время хирургическое вмешательство при раке молочной железы (РМЖ) — это высокотехнологичный процесс. В институте электросварки им. Е.О. Патона НАН Украины разработан уникальный способ высокочастотной электросварки живых мягких тканей (ВЭСЖМТ). С 2004 г. технологию применяют в различных областях хирургии злокачественных опухолей. Ведущей сферой применения является хирургия РМЖ. Клиника располагает опытом более 3000 операций на молочных железах.

Оценивали преимущества метода ВЭСЖМТ в ходе выполнения радикальных оперативных вмешательств по поводу РМЖ и изучали влияние ВЭСЖМТ на течение раннего послеоперационного периода и отдаленные результаты лечения. В исследование вошло 235 пациенток. Исследуемая группа включала 144 пациентки (в ходе операции использовали ВЭСЖМТ). В контрольной группе (91 пациентка), операция выполнялась электроножом ЭН 57М. Изучали технические особенности в ходе операции, частоту интра- и ранних послеоперационных осложнений, изменения в тканях и дренажной жидкости, выраженность болевого синдрома, отдаленные результаты лечения.

Использование ВЭСЖМТ сократило (p<0,001) время операции до 30,6±0,5 мин (72,1±2,2 мин в группе контроля), кровопотерю до 143,5±3,1 мл (323,3±7,2 мл в группе контроля)), Частота послеоперационных осложнений снизилась (p=0,003)до 2,8% (95% ДИ 0,7–6,1%). В дренажной жидкости уменьшалось количество элементов воспаления и клеточного детрита. Кровеносное русло было менее подвержено некрозу. Применение ВЭСЖМТ не ухудшает качество жизни пациенток в ранний послеоперационный период и не снижает результаты 5-летней выживаемости (88,9±2,6% в исследуемой группе, 86,8±3,5% в контрольной). За 5-летний период наблюдения не выявлено статистически значимого различия в частоте возникновения локорегионарных рецидивов болезни (1,1±1,1% в исследуемой группе, 3,3±1,9% в контрольной), однако был снижен риск отдаленного метастазирования (p=0,006), ОР=0,4 (95% ДИ 0,22–0,74).

Использование метода ВЭСЖМТ позволят сократить продолжительность операции, обеспечить надежный гемостаз, сократить объем кровопотери и количество послеоперационных осложнений. Не ухудшает качество жизни пациенток. Не влияет на частоту возникновения рецидивов в рубце. Снижает риск диссеминации, не ухудшая результаты 5-летней выживаемости. Использование ЭСЖМТ не повлияло на процесс заживления ран и не осложнило течение раннего послеоперационного периода.

188. Применение неоадъювантной эндолимфатической полихимиотерапии в лечении местно-распространенного рака молочной железы

Г.В. Бондарь, Ю.И. Яковец, Н.Ю. Лисовская, В.В. Комендант, Д.А. Хилько

Донецкий областной противоопухолевый центр

По данным Национального канцер-регистра, на сегодня рак молочной железы (РМЖ) прочно занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости среди женского населения и характеризуется неуклонным ростом. Цель исследования — определить клинические особенности применения неоадъювантной эндолимфатической полихимиотерапии в лечении местно-распространенного РМЖ.

Основой данного исследования послужили сведения о 81 пациентке в возрасте 30 лет и старше, получавших неоадъювантную эндолимфатическую полихимиотерапию (ПХТ) в плане комплексного лечения в Донецком областном противоопухолевом центре (ДОПЦ) в 1999–2005 гг. У всех пациенток диагностированы первично неоперабельные формы РМЖ (T4a-dN0–2M0). Наиболее часто, у 45 (55,5±5,5%) больных отмечены опухоли категории T4b. На первом этапе выполнялась катетеризация лимфатических сосудов бедра. ЭЛПХТ проводили по схеме CMF (с или без гормонотерапии); в среднем было проведено 2–3 курса. Затем — лучевая терапия по радикальной программе на молочную железу и зоны лимфооттока СОД до 40 — 45 Гр.

Частота объективного клического ответа на проведенное лечение составила 92,6±2,9% (за счет полного ответа в 7,4% случаев, частичного — 85,2%). В дальнейшем всем пациенткам выполнены операции в объеме радикальной мастэктомии. Преимущество отдавали модифицированным радикальным мастэктомиям по Маддену (72,8±4,9%). После операции проведены адъювантные курсы ПХТ по схеме CMF до 6 (с или без гормонотерапии). Показатель 3-летней выживаемости всей группы составил 65,6% и достиг к 5-му году — 49,8%. Медиана выживаемости — 60,7 мес. 5-летнюю выживаемость не регистрировали у пациенток категории T4c (18 пациенток) и T4d (8 пациенток). При этом показатель 5-летней выживаемости пациенток категории T4b составил 59,1%, при медиане выживаемости 75,7 мес.

Неоадъювантная эндолимфатическая ПХТ в сочетании с лучевой и гормонотерапией обеспечила достижение полного и частичного объективного ответа в 92,6% случаев, при высом уровне 5-летней кумулятивной выживаемости — 49,8%, демонстрируя высокую специфичность в отношении отдаленных результатов, при опухолях категории T4b — 59,1% 5-летней выживаемости.

189. Характеристика иммунологического статуса при раке молочной железы I стадии

Н.М. Годорожа, Е.Н. Кудина, В. Стратан, Н.Е. Ботнарюк, Е.Е. Самотыя, П.М. Пихут, А. Котруцэ
Институт онкологии, Молдова

Был изучен иммунологический статус при I стадии рака молочной железы (РМЖ). Анализирована степень иммунодепрессии при различных факторах — тип роста, диаметр опухоли, сопутствующая патология, RE, RP, HER2/neu. Цель работы — изучение корреляции показателей иммунитета в зависимости от наличия определяющих факторов клинического течения, которые отражают свойства опухолевого процесса.

Изучены показатели иммунитета методом иммунофенотипирования у 95 больных РМЖ I и IIa стадии. Изучена степень иммунодепрессии в зависимости от распространения опухолевого процесса, типа роста, экспрессии молекулярных маркеров, сопутствующей патологии.

При изучении иммунологических показателей при различных стадиях РМЖ выявлено, что для I стадии характерны более высокие цифры клеток-киллеров (17,95%), чем при IIa стадии (16,25%). При I стадии более низкие показатели зрелых Т-лимфоцитов (37,2%) по сравнению со IIa стадией (40,1%). При диаметре опухоли 1,1–2,0 см (32,9%) по сравнению с диаметром опухоли ⩽0,5 см — 40,4% и при 0,6–1,0см — 37,3%. Количество Т-лимфоцитов: при диаметре опухоли ⩽0,5см — 4,5%, при диаметре 1,1–2,0 см — 35,5%. Анализируя показатели иммунитета в зависимости от степени экспрессии HER2/neu, установили тенденцию к увеличению количества В-лимфоцитов при HER/2neu(3^+) — 4,5% по сравнению с опухолями HER2/neu(0) — 3,5%; Т-лимфоцитов (52,3% şi 49,9%), зрелых Т-лимфоцитов (33,8% şi 35,6%); уменьшению количества клеток-киллеров — (18,5% şi 16,1%). При RE(+) опухолях достоверно выше, чем у больных с RE(-) опухолями — соответственно 57,1%; 46,4% и клеток Т-хелперов — 37,5%; 28,7% — а также Т-зрелых лимфоцитов — 39,4%; 31,7%. Увеличение числа клеток-киллеров в RE(-) – 19,4% и RE(+) – 18,6%.

Проведенный анализ позволил выявить иммунологические нарушения при РМЖ различных стадий; при I стадии — в зависимости от типа роста, диаметра опухоли. Иммунодепрессия коррелировала и в зависимости от молекулярных маркеров HER2/neu, рецепторов эстрогенов и прогестерона, которые, в свою очередь, в большой степени определяют прогноз клинического течения.

190. Прогноз варианта клинического течения рака молочной железы

Н.М. Годорожа, Е.Н. Кудина, П.М. Пихут, Е.Е. Самотыя, В. Стратан, А. Котруцэ
Институт онкологии, Молдова

Прогноз клинического течения рака молочной железы (РМЖ) является основой в выработке индивидуальной тактики лечения. До настоящего времени в литературе имеются различные мнения о решающих факторах прогноза РМЖ. Целью настоящего исследования является отбор решающих факторов прогноза клинического течения РМЖ.

У 495 больных изучены 196 параметров, характеризующих анамнез, состояние организма (в том числе метаболический, иммунный и гормональный статус) и биологические особенности опухолевого роста (тип роста опухоли, морфологический вариант, степень дифференцировки, ReEs, RePg, HER-2neu), а также отдаленные результаты при 5-летнем наблюдении. Методом дифференциального анализа выявлены решающие факторы прогноза. Решающими факторами прогноза являются стадия заболевания, наличие РМЖ у родственников I и II линии, длительность заболевания до лечения, сопутствующая патология — сахарный диабет, ожирение, пиелонефрит, уровень прямого билирубина в плазме крови. Точность прогноза на основе этих факторов составляет 65% в группе без прогрессирования и 73,7% в группе прогрессирования опухолевого процесса. Молекулярные маркеры — ReEs, RePg, HER-2neu не вошли в число решающих факторов прогноза, возможно потому, что согласно степени их выраженности и был составлен план лечения.

Показатели гормонального гомеостаза меньше отражались на прогнозе, чем показатели иммунитета. Из показателей иммунитета влияли на прогноз количество В-лимфоцитов, общее количество лимфоцитов, количество Т-супрессоров, общее количество лейкоцитов, а также уровень СА 15,3 в плазме крови.

Точность прогноза, составленного на основании этих факторов, составила 75,4% в группе без прогрессирования и 75,0% в группе прогрессирования опухолевого процесса после лечения.

191. Характеристика випадків HER2–позитивного раку молочної залози (РМЗ), визначеного імуноцитохімічним методом

А.В. Демчук, Л.Л. Антонюк
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

У людини експресія онкогена *HER(c erb-2)*, який кодує рецептор HER2 епідермального фактору росту, виявляється в нормальних тканинах, але його ампліфікація (збільшення копій ДНК) характерна тільки для клітин пухлини і її виявляють в 15–40% випадків раку молочної залози (РМЗ). Гіперекспресія білка викликає неконтрольовану активацію рецептора і, як наслідок, високу мітотичну активність. Такі пухлини в 30% випадків метастазують в головний мозок.

З метою визначення характерних ознак HER2-позитивного РМЗ проаналізовано дані 141 хворої, яким було проведено ІЦХ-дослідження на наявність онкопротеїну з erbB-2, в матеріалі, отриманому під час пункційної біопсії або видалення пухлини. Гіперекспресія онкогена виявлена у 52 (36,9%) хворих, в випадках пункцій — 25 (31,6%), мазках-відбитках — 27 (43,5%). Залежно від віку даний показник відмічали у пацієнток віком молодше 45 років в 51,5% (17 з 33) випадків проти 35,2% (38 з 108) — у старших. Найчастіше, в 46,4%, виявлено гіперекспресію онкопротеїну у жінок з G3 РМЗ, при T1N1M0 — 40%, T2N1M0 — 47,4%, T3N0M0 — 45,4%, в запущених випадках — >50%.

При аналізі гормонального статусу HER2-позитивного РМЗ визначено, що на 4% частіше ці пухлини є РЕ-РП- і на 5% — РЕ-РП+, ніж пухлини, в клітинах яких онкоген не визначався. Три роки прожили 43 хворих з даною патологією, або 82,6%. Тоді як для випадків з HER2-негативними карциномами цей показник становив 66,7%.

Таким чином, HER2-позитивний РМЗ відмічають переважно у жінок віком молодше 45 років. Він є пухлиною з низьким ступенем диференціювання клітин, з тенденцією до метастазування, низькою експресією рецепторів стероїдних гормонів та високою чутливістю до специфічної хіміотерапії.

192. Неоадъювантная ПХТ на фоне гипертермии при раке молочной железы II–III стадии

Н.А. Добровольский, С.В. Бондар, Н.В. Марцинковская, Е.П. Москвичев
Областной онкологический диспансер, Одесса

В настоящее время электромагнитная гипертермия рассматривается как один из перспективных способов повышения эффективности комбинированной терапии онкологических заболеваний. Данный метод представляет особый интерес для достижения следующих целей: достижение в предоперационный период лечебного патоморфоза, глубоких морфологических изменений в злокачественных новообразованиях с повышением абластичности хирургического этапа лечения, эрадикации отдаленного метастазирования; перевод больных с неоперабельными опухолями в операбельное состояние.

Нами было пролечено 18 больных раком молочной железы (РМЖ). Возраст — 33–63 года (4 пациента в возрасте 30–40 лет, 4 — 40–50 лет, 7 — 50–60 лет, 3 — 60–70 лет). Критерии включения — наличие местно-распространенного или инфильтративного РМЖ IIA–IIIБ стадии и отсутствие противопоказаний к проведению комбинированного лечения (ГТ+ХТ). По классификации TNM больные распределены следующим образом, Т1 — 2 больных, Т2 — 6, Т3 — 4, Т4 — 6 пациентов. Методика проведения комбинированного лечения состояла из двух этапов: 1. введение химиопрепаратов по схеме АС, затем через 30 мин — сеанс гипертермии мощностью 65 Вт, длительностью 30 мин на область опухоли. Проводили три сеанса лечения, затем промежуточное обследование и либо еще один сеанс комбинированного лечения или операция. Каких-либо побочных явлений, требующих отмены лечения, не отмечено. Сравнивали размеры опухоли, полученные при маммографическом исследовании при первичном осмотре и перед операцией.

Частичная ремиссия достигнута у 8 пациентов; стабилизация процесса — у 8 больных, лечение оказалось неэффективным у 2 пациентов.

Нами были сделаны выводы, что данный вид комбинированного лечения в неоадъювантном режиме показал положительную динамику по сравнению со статистическими данными проведения химиотерапии в неоадъювантном режиме самостоятельно.

193. Хирургическое и консервативное лечение больных раком молочной железы с осложненным течением заболевания

Ю.В. Думанский, Н.Г. Семикоз, И.Е. Седаков, Д.В. Трухин
Донецкий областной противоопухолевый центр
Донецкий национальный медицинский университет им. Максима Горького

Несмотря на большую организационно-методическую и учебную работу, проводимую для хирургов общелечебной сети и хирургов-онкологов, сохраняется большое количество случаев выполнения нерадикальных оперативных вмешательств у больных раком молочной железы (РМЖ). Основная причина — диагностические и врачебные ошибки. Нами были изучены результаты лечения 299 больных РМЖ, которым на первом этапе лечения были выполнены удаление опухоли или секторальная резекция, наиболее часто — с использованием местного обезболивания, затем больные направлялись в Донецкий областной противоопухолевый центр для дальнейшего лечения (период наблюдения — 1999–2010 гг.). Из 299 больных у 232 проведено комбинированное (комплексное) лечение с повторным оперативным вмешательством, у 67 — только с использованием консервативных методов лечения (лучевая терапия, полихимиотерапия, в том числе селективная внутриартериальной, гормональная терапия). Если с момента выполнения нерадикального оперативного вмешательства проходило более 1 мес, на первом этапе проводили неоадъювантную полихимиотерапию (внутриартериальную или системную), либо лучевую терапию в режиме классического фракционирования дозы, затем выполняли повторное хирургическое вмешательство в радикальном объеме. В остальных случаях комплексное лечение начинали с крупнофракционной лучевой терапии, затем проводили хирургическое вмешательство и адъювантное химио-лучевое лечение. Все больные по показаниям получали гормональное лечение. Ни у одной больной в группе получавших комплексное лечение с повторным хирургическим вмешательством и селективной внутриартериальной полихимиотерапией, не выявлено местных рецидивов и внутрикожных метастазов, 5-летняя выживаемость составила 94,6%±3,1%, у больных с тем же планом лечения, но получавших системную полихимиотерапию, 5-летняя выживаемость составила 89,1±3,0%. Количество местных рецидивов и внутрикожных метастазов составило 5,11%. У больных, которым была проведена только лучевая терапия и выполнено оперативное вмешательство (без химиотерапии), 5-летняя выживаемость составила 92,2±5,3%, местные рецидивы и внутрикожные метастазы — 1,84% случаев. В группе больных, получавших консервативное лечение, 3-летняя выживаемость составила для всех стадий 91,7±8%, 5-летняя 80,9±9,3%.

194. Частота врачебных ошибок при диагностике онкомаммологических заболеваний

А.Е. Есенкулов, С.А. Есенкулова
Казахский национальный медицинский университет

Изучена частота ошибок при использовании клинических методов диагностики — анамнеза (1124), осмотра (1124), пальпации (1124) в онкомаммологической практике; для этого их данные сопоставлены с данными морфологического исследования(554).

Было установлено, что один только анамнез больных поможет врачу установить правильный диагноз лишь в 50,0±2,4% случаях, а осмотр в 55,0±2,1% наблюдениях, пальпация — у 60,0±2,0% пациенток. А когда применяются все эти методы комплексно, то удельный вес больных с правильным диагнозом увеличивается до 70,0+1,9%.Причины врачебных ошибок следующие: анамнез собран поверхностно — 10%, неумение врачей контактировать с больными — 25%, не выяснена роль репродуктивной функции женского организма – 5%, не уточняется наличие сопутствующихзаболеваний — 7%, не установлено наличие иммуно-эндокринологического дисбаланса — 3%, больные неправильно технически осмотрены и пальпация больных — 5–10%, не сопоставляются данные каждого метода исследования друг с другом — 20%, ошибочно расцениваются данные клиники из-за недостатка специальных знаний врачей — 15–20%.

Все эти данные должны быть учтены при подготовке врачей-маммологов.

195. Онкопластическая хирургия при органосохраняющем комплексном лечении больных раком молочной железы.

А.В. Жигулин[1], В.В. Сажиенко[2], Г.Б. Бернштейн[1], А.Б. Винницкая[1], М.А. Сильвестров[1], Д.А. Голуб[1]
[1]ЛІСОД — Больница современной онкологической помощи, Киев
[2]Одесский национальный медицинский университет

Онкопластическая хирургия молочной железы — это подход, использующий принципы пластической хирургии и позволяющий при радикальном удалении опухоли восстановить форму, размеры молочной железы.

Представлен опыт лечения 52 больных раком молочной железы (РМЖ) без отдаленных метастазов. Все вмешательства выполнены на базе Маммологического центра ЛІСОД. Планирование лечения всем пациенткам проводили на междисциплинарной онкологической конференции. Учитывали пожелания самой пациентки. При удалении небольших (Т1–2) опухолей РМЖ реконструкция планировалась по принципам онкопластической хирургии (перемещение ткани железы по типу ротации, мастопексии или редукционной маммопластики). При необходимости удаления большего объема дефект закрывался перемещенным лоскутом. 7 (13,5%) пациенток получили неоадъювантную химиотерапию. У всех больных исследовали край резекции удаленного препарата в патоморфологических лабораториях «PathoLab» (Израиль) или «Pathologie Ass. of Frankfurt» (Германия). После операции рекомендовалась лучевая терапия на область пораженной молочной железы, и, при необходимости, на пути лимфооттока. При наличии признаков поражения регионарных лимфоузлов выполняли аксиллярную лимфодиссекцию (АЛ), а при их отсутствии — биопсию сторожевого лимфоузла (БСЛУ).

С 2008 по 2011 г. онкопластические лампэктомии по поводу РМЖ выполнены 52 больным: у 48 — пластики местными тканями МЖ, у 3 больных — замещение дефекта боковым торакальным лоскутом, у 1 — торакодорсальным лоскутом. У 35 пациенток выполнена БСЛУ, у 25 — АЛ. Средний возраст больных составил 51,9 года. По стадиям опухоли пациентки распределялись следующим образом: I стадия — 11 (21,2%), IIA — 25 (48%), IIB — 10 (19,2%), IIIA — 5 (9,6%), IIIC — 1 (1,9%). Общий уровень осложнений составил 28,8%. Все пациентки получили комплексное онкологическое лечение

согласно международным стандартам. Прослежены отдаленные результаты наблюдения 30 пациенток. Среднее время наблюдения составило 18,9 мес. Рецидивов не выявлено.

Применение технологий пластической хирургии в онкологии позволяет обеспечить радикализм онкологического лечения без ущерба для эстетического результата и улучшить качество жизни пациенток.

196. Биопсия сторожевого лимфатического узла в стадировании раннего рака молочной железы

А.В. Жигулин, М.А. Сильвестров, Г.Б. Бернштейн, А.Б. Винницкая, Д.К. Винницкая, В.В. Бондаренко, Д.А. Голуб
ЛІСОД — Больница современной онкологической помощи, Киев

Биопсия сторожевого лимфоузла (БСЛУ) является стандартной методикой при стадировании раннего рака молочной железы (РМЖ) согласно европейским и американским стандартам диагностики и лечения больных РМЖ.

С 2007 по 2011 г. в клинике ЛІСОД проведено 76 процедур БСЛУ по поводу РМЖ. У 3 пациенток отмечено двустороннее поражение и БСЛУ проведена с обеих сторон. Как этап операции на молочной железе (МЖ) БСЛУ выполняли у 70 (92,1%) больных, как этап стадирования перед проведением неоадъювантной терапии — у 6 (7,9%). Диагноз карциномы у всех больных был подтвержден гистологически до операции. Средний возраст пациенток составил 51,5 года. У больных отмечены следующие стадии первичной опухоли: Tis — 1 (1,3%), T1 – 34 (44,7%), T2 – 39 (51,3%), T3 – 1 (1,3%), T4 – 1 (1,3%). Идентификация сторожевого лимфоузла (СЛУ) осуществлялась с применением трех способов: хромолимфографии с лимфотропным красителем Patent Blue 2,5% (France) — 5 (6,8%), лимфосцинтиграфии с радиофармпрепаратом (РФП) Nanocis (France) — 52 (71,2%) и сочетанием обоих способов — 16 (21,9%). При использовании РФП, для интраоперационной идентификации СЛУ применяли ручной гамма-детектор (JPS-Navigator Probe, US). Показания к аксиллярной лимфодиссекции (АЛД) определяли на основании интраоперационного патогистологического исследования или при окончательном гистологическом исследовании при выполнении БСЛУ как отдельного этапа стадирования.

Количество успешных БСЛУ составило 72 (94,7%). АЛД из-за недостоверного результата поиска СЛУ выполнили у 4 (5,3%) больных. Поражение СЛУ выявлено у 23 (30,3%) пациентов по данным окончательного гистологического исследования. У 3 (3,9%) пациенток получен ложноотрицательный результат при интраоперационном исследовании СЛУ, что в дальнейшем потребовало АЛД. Ложноположительный результат получен у 1 больной. Осложнения, связанные с БСЛУ, выявлены у 1 больной (1,3%) — боль в области операции. Отслежены отдаленные результаты у 28 пациенток. Средний срок наблюдения составил 17,5 мес (5–45 мес). Рецидивов не отмечено.

БСЛУ является эффективным способом стадирования пациенток с ранним РМЖ, позволяет значительно сузить показания к АЛД и снизить количество послеоперационных осложнений, что повышает качество жизни пациенток.

197. Клінічна значимість наявності депонованих в кістковому мозку пухлинних клітин хворих на рак молочної залози

А.В. Жильчук[1], Н.І. Семесюк[2], О.О. Лихова[2], Н.О. Бездєнєжних[2], Ю.Й. Кудрявець[2]
[1]Рівненський обласний онкологічний диспансер
[2]Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім.Р.Є.Кавецького НАН України, Київ

Розвиток сучасних технологій забезпечив визначення пухлинних клітин в кістковому мозку (КМ) та периферійній крові, але клінічна значимість цього феномену залишається ще недостатньо вивченою. Внаслідок цього на сьогодні наявність депонованих пухлинних клітин (ДПК) в КМ не впливає на лікувальну стратегію та стадіювання РМЗ. Оцінювали клінічну значимість наявності ДПК та деяких цитокінів (фактора некрозу пухлин (ФНП), колонієстимулюючого фактора (КСФ)) в КМ хворих на РМЗ.

У 48 хворих на РМЗ в стадії T1–4N0–2M0 забір КМ та периферійної крові (ПК) проводили до початку лікування; визначали біологічну активність цитокінів *in vitro* в культурі тканин, імуноцитохімію.

Хірургічне лікування в обсязі радикальної мастектомії або органозберігаючої операції проведено всім хворим. Пацієнти були розподілені на основну (10 хворих) та контрольну (7 хворих) групи. Хворим основної групи проводили неоад'ювантну поліхіміотерапію (ПХТ) за схемою АС-Р на фоні введення бісфосфонатів (Зомета 4 мг в/в № 6); хворі контрольної групи отримували неоад'ювантну ПХТ за схемою АС. Ад'ювантна гормонотерапія проведена 9 хворим: 5 хворим основної та 4 — контрольної групи. Спостереження проводили протягом 24 міс. Прогресію захворювання відмічали у 1 пацієнтки основної та 4 пацієнток контрольної груп, 3 хворі контрольної групи померли.

Встановлено, що у 17 хворих (35,4%) у КМ виявляють панцитокератин-позитивні ДПК. У більшості з них (14 хворих) виявляли значне підвищення рівня КСФ та ФНП як в КМ, так і в периферійній крові у відсутності клінічних проявів наявності віддалених метастазів.

ДПК в КМ виявляють у 35,4% первинних хворих на РМЗ при відсутності клінічних проявів генералізації захворювання. Наявність ДПК позитивно корелює з підвищенням рівня ФНП та КСФ в КМ та ПК хворих. Передопераційна системна терапія, яка поєднує антрацикліни, таксани (схема АС-Р), бісфосфонати (зомета), забезпечує більш тривалий інтервал до прогресування захворювання порівняно із стандартною схемою АС.

198. Применение тахокомба (Nycomed) в хирургии рака молочной железы

В.Ф. Завизион, С.В. Терещенко, В.Е. Машталер, П.В. Терещенко
Днепропетровская государственная медицинская академия
Городская многопрофильная клиническая больница № 4, Днепропетровск

Лимфорея (ЛР) после радикальных операций (РО) по поводу рака молочной железы (РМЖ) длится 3–4 и более нед, что вызывает определенные физические неудобства и приводит к потере белка и других жизненно важных компонентов. Склеивающими свойствами обладает Тахокомб. Цель работы — изучить возможности применения Тахокомба для сокращения продолжительности ЛР после РО по поводу РМЖ.

Тахокомб применяли у 34 больных РМЖ при выполнении РО. Контрольная группа составила 31 РО без применения препарата. Тахокомб накладывали на подключичную вену после выполнения лимфаденэктомии, прижимали на 3–5 мин. Дренирование раны выполняли обычным способом.

Продолжительность ЛР при применении Тахокомба составила 1,5–3 нед в зависимости от степени выраженности подкожно-жировой клетчатки. Воспалительных послеоперационных осложнений при применении Тахокомба не отмечали. В одном случае имела место гематома послеоперационной раны, рана дополнительно дренирована, продолжительность послеоперационного периода составила 18 дней. У больных, у которых Тахокобм не применяли, выявлен 1 случай воспалительной инфильтрации раны. Продолжительность ЛР была обычной — 3–5 нед.

Применение Тахокомба позволяет на 1,5–2 нед сократить продолжительность послеоперационной ЛР после РО по поводу РМЖ.

199. Молекулярно-біологічні особливості раку молочної залози у хворих молодого віку

Л.М. Захарцева[1], О.Є. Лобанова[2], І.Б. Щепотін[2,3]
[1]Київський міський клінічний онкологічний центр
[2]Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
[3]Національний інститут раку, Київ

Рак молочної залози (РМЗ) у хворих молодого віку має нижчі показники виживаності, ніж у хворих старших вікових груп. Враховуючи те, що серед хворих із рівнозначними

стадіями РМЗ нижчі показники виживаності відмічено у пацієнток до 35 років, ймовірно більш несприятливий перебіг захворювання пов'язаний з молекулярно-біологічними особливостями самої пухлини. Мета — дослідити молекулярно-біологічні особливості РМЗ у хворих молодого віку.

В дослідження включено 573 хворих, з них основна група — 254 хворі віком ⩽35 років, контрольна — 319 хворих віком >35 років. Проведено гістологічні та імуногістохімічні дослідження пухлин 573 хворих, у 35 хворих проведено дослідження FISH-методом при значенні імуногістохімічного показника HER-2/neu 2+.

За результатом дослідження тільки у 49,3% хворих віком до 35 років в клітинах РМЗ була експресія ЕР і у 44,5% — ПР, що в 1,5 раза рідше, ніж у хворих віком старше 35 років. Відмічено різницю в рівні експресії білка p53 в різних вікових групах, в 25,2% випадків основної групи відмічають високий рівень експресії p53 (>40% клітин), а в контрольній групі — тільки 11,3% випадків (p<0,0001). Експресію p63 мали понад 40% клітин у 13,8% пацієнтів основної групи та 1,3% — контрольної (p<0,0001). У 17,3% хворих молодого віку виявлена гіперекспресія HER-2/neu, в контрольній групі — у 19,7% (p=0,159). Експресія HER1 визначена у 15,4% хворих на РМЗ основної групи і в 8,2% — контрольної (p=0,01). Експресію VEGFR частіше відмічали у хворих молодого віку — 15,7%, порівняно з контрольною групою — 8,2% (p=0,007). Мітотична активність в тканині РМЗ у хворих молодого віку була значно більша, ніж у хворих старшого віку: у хворих основної групи мітотичний індекс понад 40% клітин виявляли у 29,1% хворих, а в контрольній — 12,5%.

Виявлено статистично істотні відмінності між групами хворих молодого і старшого віку за наступними показниками експресії: ЕР, ПР, СК 5/14, p53, p63, Ki67, BRCA, VEGFR, Her-1. РМЗ у пацієнток віком до 35 років має експресією ЕР на 23,5%, ПР на 20,1% рідше, ніж у хворих старше 35 років, але на 15% частіше відмічають імунофенотип базально-подібного раку, на 19,7% — експресію p53, на 12,6% — p63, на 7% — BRCA1, на 7,5% — VEGFR, на 7,2% Her1, що обумовлює гірші показники виживаності даної вікової категорії хворих.

200. Выживаемость больных раком молочной железы, которым были выполнены реконструктивно-пластические операции

А.Х. Исмагилов, А.С. Ванесян
Республиканский клинический онкологический диспансер, Республика Татарстан, Россия

Общепризнано, что восстановление молочной железы является главным средством психосоциальной адаптации женщины к перенесенной мастэктомии. Целью данного исследования было изучение отдаленных результатов хирургического лечения рака молочной железы (РМЖ) при сочетании радикальных операций с одномоментными реконструктивно-пластическими операциями.

Нами ретроспективно проведен сравнительный анализ отдаленных результатов хирургического лечения 811 больных РМЖ, прооперированных в отделении маммологии клинического онкологического диспансера МЗ Республики Татарстан с 1983 по 2009 гг. Выделены две группы пациентов. В первую группу включены больные, которым были выполнены одномоментные реконструктивно-пластические операции (406), из них 160 больным была выполнена реконструкция лоскутом TRAM, 88 — реконструкция перманентным экспандер-имплантатом Беккера, и 158 — реконструкция лоскутом ТДЛ. Вторую группу составили пациенты, которым была выполнена только радикальная операция без реконструкции (405).

В первой группе 5-летний срок преодолели 95,3±2,1% пациента I стадии. При IIA стадии показатель 5-летней выживаемости составил 86,4±2,1%, при IIB — 84,7±2,1%, при IIIA и IIIB соответственно 71,4±2,2 и 66,6±2,3%. Во второй группе показатели распределились следующим образом: I — 96,9±2,6%, IIA — 90,0±2,8%, IIB — 87,9±2,7%, при IIIA и IIIB соответственно 78,0±3,1 и 63,2±3,6%.

При сравнении этих данных, очевидно, что статистически значимой разницы между двумя группами не отмечено, то есть, реконструктивно-пластические операции не влияют на течение болезни. Одномоментное выполнение мастэктомии и реконструктивно-пластических операций является технически выполнимым и позволяет не только соблюдать принципы онкологического радикализма, но и обеспечить хороший эстетический результат и улучшить качество жизни.

201. Послеоперационная лимфорея после радикальных операций на молочной железе и современный метод ее профилактики

А.Х. Исмагилов, Р.Ш. Хасанов, Г.И. Шакирова, А.М. Гимранов
Клинический онкологический диспансер, Республика Татарстан, Россия

Наиболее частым осложнением хирургического лечения рака молочной железы продолжает оставаться длительная лимфорея. Нами разработана оригинальная методика миопластики малой грудной мышцей образованной полости после аксиллярной лимфодиссекции.

Сравнивали объем послеоперационной лимфореи у больных без и с миопластикой. В контрольной группе средний объем лимфореи составил 917,25 мл, в основной — 185,67 мл за 14 дней (p<0,01).

Средний объем раневого отделяемого в первые сутки у больных основной группы составил 35,42±6,14 мл, у больных контрольной группы 88,0±12,69 мл (разница — 59,8%; p<0,01). На 14-й день в основной группе 0,584±0,434 мл, в контрольной 31,9±4,78 мл (разница — 98,2%; p<0,01). У пациенток с использованием метода миопластики в период наблюдения до 6 мес постмастэктомического отека руки не отмечено.

Таким образом, использование метода миопластики малой грудной мышцей при радикальных мастэктомиях позволило на 98,2% уменьшить объем лимфореи на 14-й день, тем самым сократив срок госпитализации на 14 дней.

202. Видеоторакоскопическая парастернальная лимфодиссекция как часть хирургического лечения рака молочной железы

А.Х. Исмагилов, Р.Ш. Хасанов, А.М. Гимранов, А.С. Ванесян
Республиканский клинический онкологический диспансер, Республика Татарстан, Россия

Нами проведен анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных раком молочной железы центральной и медиальной локализации, прооперированных в отделении маммологии в 1983–2007 гг. Выживаемость составила при I стадии — 96,1±2,3 (n=232); при IIA — 88,0±2,9 (n=338); при IIB — 83,7±3,2 (n=126); при IIIA и IIIB соответственно 77,3±3,4 (n=114) и 62,2±3,3 (n=202), всего 82,4±3,1 (n=1012). Поскольку зоной нашего интереса в данном исследовании является парастернальный коллектор, мы решили подробней остановиться на группе больных с метастазами в парастернальных лимфоузлах (179). При анализе этой группы мы выявили ее полиморфность. Так, отмечено достоверное снижение (p<0,05) показателей 5-летней выживаемости в зависимости от критерия T, при T1 — 74,2±3,2%, T2 — 64,1±3,4%, T3 — 60,3±3,3%, T4 — 46,5±3,5%, во всей группе с метастазами в парастернальных узлах — 61,9±3,3%. Отмечено достоверное ухудшение выживаемости больных с метастазами в парастернальный коллектор в зависимости от уровня поражения аксиллярного коллектора. При изолированном поражении парастернальных лимфоузлов 5-летние результаты составили 84,7±3,4%, при сопутствующем поражении аксиллярного коллектора, соответствующего критерию N1, 5-летняя выживаемость была 68,2±3,3%, при N2 — 52,5±3,6%.

Таким образом, неадекватно объединение в одну группу больных со столь разными отдаленными результатами, как это было в предыдущей классификации TNM, но и распреде-

ление этой категории больных в последней классификации, не отвечают реальной прогностической значимости поражения парастернального коллектора, что требует дальнейшего рассмотрения этого вопроса в последующих исследованиях.

203. Надключичные метастазы при раке молочной железы. Показания к прескаленной лимфаденэктомии

А.Х. Исмагилов, Р.Ш. Хасанов, М.Ф. Мухамадеев, И.Ф. Мухамадеев
Клинический онкологический диспансер, Республика Татарстан, Россия

В основу работы положен анализ отдаленных результатов хирургического лечения 69 больных раком молочной железы (РМЖ), которым выполняли прескаленную лимфодиссекцию. У 12 поражение надключичных узлов отсутствовало, хотя клинически и по данным УЗИ было подозрение на метастатическое поражение данного коллектора. У 59 пациентов было подтверждено наличие метастазов в данной области. Из них в 7 случаях операцию проводили при контралатеральном поражении надключичного коллектора, у 7 больных выявлены отдаленные метастазы. У 43 больных была выполнена надключичная лимфаденэктомия по поводу изолированных ипсилатеральных метастазов данной локализации.

Результаты отдаленной 5-летней выживаемости для 43 больных с изолированными ипсилатеральными надключичными метастазами рака молочной железы составили 37,4±3,6%. При этом для узловых форм данный показатель составил 45,4±4,9%. Среди пациентов с инфильтративными формами опухоли 5-летний рубеж никто не пережил. Результаты отдаленной 5-летней выживаемости для 7 больных с контралатеральными надключичными метастазами составили 23,8±6,9%. Данный показатель у 7 пациентов с одновременными надключичными, висцеральными и костными метастазами составил 19,3±4,5%.

Таким образом, выполнение прескаленной лимфатической диссекции обосновано лишь у больных с изолированными ипсилатеральными надключичными метастазами с узловыми формами РМЖ, и не показано при Т4-формах опухоли, контралатеральных метастазах в надключичной области, поскольку выживаемость последних сопоставима с таковой у пациентов, имеющих висцеральные и костные метастазы.

204. Лимфатический коллектор внутренней грудной артерии и методы хирургического воздействия на него при центрально-медиальном раке молочной железы

А.Х. Исмагилов, Р.Ш. Хасанов, И.В. Овчинникова, А.С. Ванесян
Клинический онкологический диспансер, республика Татарстан, Россия

Цель исследования — изучить отдаленные результаты хирургического лечения больных, перенесших различные способы парастернальной лимфодиссекции.

С целью преодоления недостатков расширенной мастэктомии по Урбану — Холдину, которая применяется в нашей клинике с 1959 г., и сохранения радикальности хирургического лечения рака молочной железы центральных и медиальных локализаций, в нашей клинике в 1995 г. разработана и внедрена методика видеоторакоскопической парастернальной лимфодиссекции. Если ее меньшая травматичность не вызывает сомнений, то онкологическая адекватность требует изучения отдаленных результатов лечения. Для чего изучена общая 5-летняя выживаемость больных, перенесших расширенную мастэктомию по Урбану — Холдину (контрольная группа, n=334), и видеоторакоскопическую парастернальную лимфодиссекцию (основная группа n=956).

Отдаленные результаты хирургического лечения у больных, перенесших мастэктомию по Урбану — Холдину при I стадии заболевания, составили 95,6±2,0; при IIA — 86,6±2,7; при IIB — 85,1±3,1; при IIIA и IIIB соответственно 76,9±3,2 и 62,0±3,5, общая (по всем стадиям) — 80,1±2,8. Показатель 5-летней выживаемости у больных, перенесших видеоторакоскопическую парастернальную лимфодиссекцию, при I стадии заболевания составил 96,1±1,8% больных, при IIA — 89,4±1,9; при IIB — 84,6±2,0; при IIIA и IIIB соответственно 77,4±2,2 и 63,3±2,4, общая (по всем стадиям) — 82,5±2,7.

Достоверность различий в эффекте лечения между сопоставляемыми группами при различных стадиях заболевания составила p>0,05, что свидетельствует об адекватности видеоторакоскопической парастернальной лимфодиссекции традиционной мастэктомией по Урбану — Холдину. Второй, но, к сожалению, малоутешительный вывод, который можно сделать из данного сравнения, что несмотря на появление в широкой клинической практике новых методов комплексной терапии это не привело к достоверному улучшению отдаленных результатов (мастэктомию по Урбану — Холдину выполняли до 1995 г., видеоторакоскопический вариант операции — с 1995 г. по настоящее время) и они по-прежнему зависят лишь от исходной стадии опухолевого процесса.

205. ДНК-проточна цитофлуорометрія у діагностиці та прогнозуванні пухлинних захворювань грудної залози

А.П. Ковальчук, І.Ф. Хурані
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Пухлинні захворювання грудних залоз є однією з найактуальніших проблем сучасної онкології. Це пов'язано зі значним зростанням захворюваності і смертності від цієї патології у всьому світі, особливо від раку грудної залози, який досить часто виникає на фоні вузлової мастопатії. Метод проточної цитофлуорометрії дає змогу вивчити вміст ДНК в клітинах нормальних і пухлинних тканин. Вміст ДНК в нормальних клітинах в стані спокою сталий (диплоїдність). При пухлинному рості він несталий (анеуплоїдність) і може збільшуватися вдвічі, або навіть втричі (триплодія, тетраплодія). Це може служити важливим діагностичним і прогностичним критерієм.

Розробляли аналіз ДНК-цитофлуориметричних даних для вивчення якісної характеристики пухлин молочної залози. Визначали роль ДНК-плоїдності в їх диференційній діагностиці. Дослідження проводили на проточному цитофлуорометрі Partec PAS (США). Матеріалом для дослідження служила пухлинна тканина хворих на рак молочної залози (n=20) та на доброякісні пухлини (n=24). Клітинну суспензію готували за методом А.С. Петрової.

При проведенні проточної цитофлуорометрії доброякісних пухлин у 98,2% хворих отримали диплоїдні ДНК-гістограми і лише у 1,8% випадків, де гістологічно виявлена виражена проліферативна форма мастопатії, отримані анеуплоїдні ДНК-гістограми. У хворих на рак молочної залози переважали гістограми анеуплоїдного типу, які відмічали у 74% випадків. У 26% ракових пухлин відмічали диплоїдний тип ДНК-гістограми. Гістологічно у більшості цих пухлин виявляли високий ступінь диференціації (G1-G2) і менш агресивний перебіг.

Проведення проточної цитофлуорометрії дає змогу виявити ступінь проліферативної активності при мастопатії. Хворих з анеуплоїдними ДНК-гістограми слід ретельно обстежувати і постійно динамічно спостерігати. У хворих на рак молочної залози ДНК-плоїдність пухлини може служити прогностичним фактором агресивності процесу.

206. Застосування препарату Галавіт у пацієнток з кістами молочної залози запального характеру

Р.С. Конар, М.П. Козодаєва, Я.Ю. Федурця
Ужгородська міська поліклініка

На відміну від полікістозу молочних залоз солітарні кісти відмічають у жінок репродуктивного віку без порушення загального гормонального фону, що виключає призначення гормонотерапії. Частіше жінки з діагнозом солітарні кісти потребують протизапальної терапії.

Порівнювали ефективність лікування стандартною антибіотикотерапією та схемою, що поєднує антибіотикотерапію та препарат Галавіт в паралельному режимі. У дослідженні взяли участь 20 пацієнток з діагнозом солітарної кісти молочної залози, (код N60.0 МКХ-10). Хворих було поділено на 2 групи: основну і контрольну, в кожній по 10 жінок.

Тактика лікування пацієнток складалася з двох етапів. На першому етапі пацієнткам обох груп проводили пункційну тонкоголкову біопсію. Вміст кісти підлягав аспірації з подальшим цитологічним дослідженням. У всіх хворих результат цитологічного обстеження був на користь кісти з запальним компонентом. Хворим обох груп проводили курс протизапальної антибіотикотерапії згідно з визначенням чутливості на 10 діб. Окрім цього, пацієнтки досліджуваної групи паралельно отримували внутрішньом'язово препарат Галавіт у режимі 2 мл двічі на добу. Галавіт має протизапальну, імуномоделювальну та антипроліферативну активність, змінюючи функціонально-метаболічну активність макрофагів. Препарат зворотньо на 4–6 год інгібує надлишковий синтез гіперактивними макрофагами фактора некрозу пухлин, інтерлейкіну-1 та інших цитокінів, що визначають ступінь запальних реакцій. Контроль за ефективністю лікування здійснювали одразу наприкінці курсу протизапальної терапії, через 1 та 3 міс після завершення лікування.

У пацієнток досліджуваної групи повну регресію солітарної кісти відмічали у 9 з 10 хворих, що становило 90%, у пацієнток контрольної групи — відповідно у 8 з 10 (80%). Через 1 міс після отриманого лікування рецидив кісти в розмірі до 1 см відмічали у однієї пацієнтки досліджуваної групи (10%), та у 2 пацієнток контрольної групи (20%). Наприкінці 3-го місяця спостереження рецидив кісти у хворих досліджуваної групи не виявлено, проте відмічено у двох пацієнток контрольної групи (20%) в розмірі до 1 см.

Ефективність лікування у пацієнток, які отримували Галавіт в паралельному режимі, становила 80%, у хворих контрольної групи — 40%. Отже, поєднання індивідуально підібраної антибіотикотерапії та препарату Галавіт, кумулює протизапальну дію препаратів обох груп, а також стимулює імуномоделювальну активність. Це дає можливість покращити ефективність лікування у хворих з солітарними кістами молочної залози із запальним компонентом.

207. Фізична реабілітація хворих на рак молочної залози

С.К. Копчак, Ю.П. Дегтярьов, Н.П. Слаутенко, О.Г. Риб'якова
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ
Український центр спортивної медицини, Київ

Необхідність всебічної реабілітації цієї категорії хворих полягає у тому, що за останні роки захворюваність на рак молочної залози (РМЗ) зросла у 2,5 раза й займає 1-ше місце серед онкопатології у жінок. Крім того це, як правило, особи молодого віку. Фізичну реабілітацію (ФР) можна призначати хворим на передракові захворювання після радикального лікування, та онкологічним хворим у процесі або після променевого і комплексного лікування та з місцевими променевими ушкодженнями. Після радикальної операції на РМЗ ФР може проводитися як на стаціонарному етапі лікування, так і на амбулаторно-поліклінічному та санаторному. ФР вирішує питання адаптації серцево-судинної та дихальної системи до більших фізичних навантажень, зменшення гіпоксії організму; збільшення сили м'язів плечового поясу, верхньої кінцівки та тулуба на боці операції; відновлення функції верхньої кінцівки на боці операції; профілактика порушень постави; адаптація до навантажень побутового та професійного характеру; нормалізація функції органів шлунково-кишкового тракту, печінки, жовчного міхура. Комплекс заходів ФР може включати на стаціонарному етапі: комплекс лікувальної гімнастики (ЛГ), елементи масажу верхньої кінцівки та тулуба, психотерапію. На амбулаторно-поліклінічному та санаторному етапі — ЛГ, масаж, психотерапію, дозовану ходьбу, кліматотерапію, використання мінеральних вод тощо. Слід враховувати те, що при наявності у хворої факторів ризику лімфореї (варикозне розширення вен, похилий вік, ожиріння, доопераційна променева терапія, цукровий діабет) до усунення цього ускладнення обсяг активних рухів у плечовому суглобі обмежують. Протягом року обмежують навантаження на оперовану кінцівку до 3 кг.

Застосування у таких хворих масажу кисті та передпліччя в перші 2–3 міс після операції знижують процент ускладнень (післяопераційний артрит, виражений лімфатичний набряк) до 10% оперованих хворих. ФР дозволяє також попередити розвиток контрактур плечового суглоба та порушень постави у даної категорії хворих.

208. Экспрессия HER2/neu у больных раком молочной железы

А.И. Котруцэ, Н.М. Годорожа, П.М. Пихут, Е.Н. Кудина, Н.Е. Ботнарюк
Институт онкологии, Молдова

Цель исследования — изучение уровня экспрессии HER2 у больных раком молочной железы (РМЖ) в зависимости от возраста, стадии заболевания, гистологической структуры опухоли, фона, степени патоморфоза, ER/PR-статуса, проведенного предоперационного лечения.

Материалом для настоящего исследования послужили данные о 339 больных РМЖ, получавших лечение в Институте онкологии Республики Молдова, с января 2006 по март 2008 г., которым был определен уровень экспрессии эпидермального фактора HER 2. Из этой группы у 66 произведено определение рецепторов ER/PR.

Набольший уровень экспрессии HER2 (3+) был в возрастной группе <39 лет — 41,6%, по сравнению с группой >70 лет– 16,1%, $p<0,05$, что указывает на неблагоприятный прогноз при РМЖ в молодом возрасте. По нашим данным, уровень экспрессии HER2 (3+) и (2+) составил 31,4%, что выше, чем по большинству данных литературы. При редких гистологических формах рака уровень экспрессии ниже — (3+) 17,7% по сравнению с протоковой формой — 26,8%, что подтверждает более благоприятный прогноз при редких гистологических формах РМЖ. Наибольший уровень экспрессии HER2 (3+) отмечен у больных, получивших до операции лучевую терапию обычными фракциями — 22,9% и химиолучевое лечение — 41,6%.Отсутствие экспрессии было больше в группе без лечения (0) — 33,3% и (1+) — 38,3%, что указывает на рост уровня экспрессии в зависимости от стадии заболевания и косвенно — от предоперационного лечения.

По нашим данным, совпадение высокого уровня экспрессии HER2 (3+) со статусом ER+/PR+ и ER+/PR- было наибольшим: 19 и 8,2% соответственно, что подтверждается литературными данными и указывает на необходимость проведения более агрессивного химиогормонального лечения у данной группы больных.

209. Особенности хирургического лечения у больных раком молочной железы с выраженной сопутствующей патологией старческого возраста

А. Котруцэ, Е.Н. Кудина, А. Кучиеру, П.М. Пихут, Н. Питерский, А. Бадан, В. Тыршу
Институт онкологии, Молдова

У больных старческого возраста в связи с выраженной сопутствующей патологией отсутствует возможность проведения операции под общим обезболиванием, лучевой терапии, химиотерапии. В настоящем сообщении мы приводим предварительные результаты используемой нами методики проведения простой мастэктомии под местной анестезией с внутривенным введением у больных РМЖ старческого возраста, при отсутствии клинических метастазов в регионарных лимфоузлах и отдаленных.

После местной инфильтрационной анестезии и стандартной премедикации, включающей М-холинолитик и антигиста-

минное средство, внутривенно вводили 0,3–0,4 мг/кг/ч атарактики (седуксен, валиум) и 3–5 мг/кг/ч титрированный морфин. Адекватность проводимой анестезии оценивали по показаниям систолического и диастолического артериального давления, числа сердечных сокращений, КЩС, глюкозы крови и кардиомониторного наблюдения.

По нашей методике в 1990–2010 г. прооперировано 112 больных в возрасте 54–84 лет. Мастэктомия по Пирогову проведена у 48 больных, ампутация молочной железы у 21 больного, широкий сектор у 37 больных. Интра- и послеоперационный период протекали без осложнений. 59 больных наблюдаются более 15 лет, местные рецидивы выявлены у 3 больных, отдаленных метастазов не выявлено. Полученные результаты при применяемой методике расширяют показания к хирургическому лечению у больных раком молочной железы старческого возраста.

210. Одномоментная реконструкция грудных желез после радикальных мастэктомий по поводу рака

Н.В. Красносельський[1], И.А. Криворучко[1], В.В. Бойко[2], Е.В. Мушенко[2], С.Н. Балака[1], В.А. Майснер[3], В.А. Беленький[3], С.А. Шипилов[3]

[1]Харьковская областная клиническая больница
[2]ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины»
[3]Военно-медицинский клинический центр Северного региона МО Украины, Харьков

Рак грудной железы занимает 1-е место среди онкологической патологии у женщин. Радикальное хирургическое лечение этого заболевания представляет собой обширные, калечащие вмешательства, после которых у пациенток часто развивается так называемый психологический коллапс. Цель — оптимизация методов одномоментного восстановления грудной железы после радикальных мастэктомий.

С 1995 по 2010 г. на базе ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», Военно-медицинского клинического центра Северного региона МО Украины и Харьковской областной клинической больницы получали хирургическое лечение 38 больных раком молочной железы в возрасте 36–55 лет.

Выполняли радикальную мастэктомию в различных модификациях с последующей одномоментной пластикой TRAM-лоскутом. Размер лоскута зависел от размеров дефекта, выраженности подкожной клетчатки передней брюшной стенки, конституциональных особенностей больной. Всегда использовали лоскут контралатеральной стороны, который после формирования подкожного тоннеля перемещали в область дефекта и фиксировали к коже. В случае слабости передней брюшной стенки выполняли аллопластику донорской зоны сетчатым протезом. В послеоперационный период обязательно назначали антикоагулянты. Послеоперационный период осложнился краевым некрозом трансплантата (до 10%) у 7 (18,4%) больных. У одной (2,6%) пациентки отмечали тотальный некроз трансплантата вследствие тромбоза питающей артерии. Хорошие косметические результаты были отмечены у 71,1%, удовлетворительные — у 26,3%, неудовлетворительные — у 2,6%.

Одномоментные реконструктивно-пластические операции после радикальных мастэктомий следует выполнять для предотвращения психологического коллапса у женщин, связанного с инвалидизацией больных. При этом наиболее оптимальным методом является использование TRAM-лоскута, площадь которого выбирается с учетом конституциональных особенностей пациентки.

211. Лечебный патоморфоз как фактор оценки эффективности неоадъювантного лечения рака молочной железы

Е.Н. Кудина, Н.М. Годорожа, В. Стратан, П.М. Пихут, А. Котруцэ, А. Кучиеру

Институт онкологии, Молдова

Эффективность предоперационного лечения рака молочной железы (РМЖ) — неоадъювантной полихимиотерапии (НА ПХТ) и лучевой терапии — оценивается по степени патоморфологических деструктивных изменений в опухоли, выраженности лечебного патоморфоза .

Цель настоящего исследования: изучение степени лечебного патоморфоза в зависимости от стадии заболевания , вида предоперационного лечения, возраста больных РМЖ. Проанализированы результаты патоморфологического исследования 846 больных РМЖ, оперированных в 1999–2001 гг. и получивших в предоперационный период неоадъювантное лечение по разным схемам : 1. ДГТ крупными фракциями — 34 больных (с I стадией — 17, IIa — 7, IIb — 10 больных). 2. ДГТ обычными фракциями СОД, 40 — 48 Гр — 363 больных (с I стадией 24, IIa — 75, IIb — 218 и III стадией 46 больных). 3. ПХТ (СМФ,САФ) с последующим предоперационным курсом ДГТ обычным фракционированием — 412 больных (с I стадией — 11, IIa — 30, IIb — 197, и с III стадией — 174 больных). 4. Только НА ПХТ проведен 33 больным (23 при IIb стадии и 10 больных при III стадии) РМЖ.

Достоверных различий в степени патоморфоза в зависимости от стадии заболевания не было выявлено. После лучевой терапии крупными фракциями признаков лечебного патоморфоза не отмечено. После лучевой терапии обычными фракциями патоморфоз 1-й степени отмечен у 28,3%, 2-й степени — у 39,8%, 3-й степени у 18,5% и не выявлен у 10,6% больных. При комплексном предоперационом лечении — ДГТ+ПХТ — патоморфоз соответственно отмечен у 16,7%, 2-й степени — 45,4%, 3-й степени у 23,1% и 4-й степени — у 6,3% ; патоморфоз отсуствовал у 8,5% больных.

Данные литературы свидетельствуют о низкой эффективности ПХТ у больных в период глубокой менопаузы — после 60 лет; полученные нами данные свидетельствуют об обратном — патоморфоз 2-й степени установлен у 46,8%, 3-й — у 21,3% и 4-й — у 21,3% больных. Следовательно, наиболее выраженный лечебный патоморфоз, в том числе и у больных в период глубокой менопаузы, отмечен после неоадъювантной ПХТ или сочетания ПХТ и предоперационого ДГТ обычным фракционированием.

212. Поява в кістковому мозку хворих на рак молочної залози пухлинних клітин та фактора некрозу пухлин асоційована з прогресуванням пухлинного процесу

Ю.Й. Кудрявець[1], Н.І. Семесюк[1], А.В. Жильчук[2], О.О. Лихова[1], Н.О. Бездснєжних[1], В.Є. Жильчук[2], А.Л. Воронцова[1]

[1]Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім.Р.Є. Кавецького НАН України, Київ
[2]Рівненський обласний онкологічний диспансер

Механізми дисемінації клітин злоякісних пухлин та їх депонування у кістковому мозку (КМ) онкологічних хворих залишаються на цей час нерозкритими. Цитокіни КМ можуть відігравати у цьому процесі важливу роль специфічного мікрооточення, яке сприяє як депонуванню пухлинних клітин у КМ, так і їх подальшій дисемінації. Визначали кореляційний зв'язок між цитокіновим статусом КМ хворих на рак молочної залози (РМЗ) та наявністю у КМ хворих депонованих пухлинних клітин. Матеріалами дослідження були КМ та сироватка крові (СК) 42 хворих на РМЗ. Методи: культура клітин для визначення біологічної активності цитокінів, світлова мікроскопія, імуноцитохімічний аналіз.

Встановлено, що у 30% хворих на РМЗ у КМ виявляють депоновані панцитокератинпозитивні пухлинні клітини. Пухлинні клітини в основному виявляли в пунктатах КМ хворих, які за клінічним статусом знаходяться в стадії прогресування захворювання. При дослідженні рівня фактора некрозу пухлин (ФНП) в КМ та СК встановлено, що у 100% хворих з наявністю вторинного пухлинного процесу рівень даного фактору саме в КМ значно підвищений (>120 пкг/мл); у хворих в стадії ремісії захворювання ФНП переважно відсутній у КМ або його рівень <100 пкг/мл. Важливо, що в деяких зразках КМ підвищення рівня ФНП відмічають ще до виявлення у пацієнтів вторинного пухлинного процесу. Підвищення рівня колоніестимулювального фактора у хворих на РМЗ, особливо у сироватці крові, також асоційовано

з поганим прогнозом. У 16,7% хворих, переважно у пацієнтів, які знаходились в ремісії, відмічають підвищений рівень інтерферону I типу (>50 МО/мл) в досліджуваних зразках.

Детальна характеристика пунктатів кісткового мозку хворих на РМЗ може бути одним з ранніх методів прогнозування перебігу пухлинного процесу, оскільки з його розповсюдженістю пов'язана як наявність пухлинних клітин в КМ, так і підвищення рівня ФНП.

213. Пухлини грудної залози

Ю.І. Кузик, У.В. Омеляш
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Пухлини грудної залози (ПГЗ) належать до захворювань, які виникають внаслідок поєднаної дії багатьох причинних факторів — генетичних, конституційних, пов'язаних з особливостями харчування, впливом навколишнього середовища, соціально-економічних умов тощо. Однак визначальними серед них є дисгормональні гіперплазії і доброякісні пухлини грудної залози, що відносяться до передракових станів. Рак грудної залози є одним із найпоширеніших новоутворень у жінок в усьому світі. В Україні це також є актуальною проблемою, що пов'язано з підвищенням рівня захворюваності та смертності хворих. Аналізували випадки ПГЗ за останні 11 років.

На базі патологоанатомічного відділення Клінічної лікарні Львівської залізниці проаналізовано 723 випадки ПГЗ за даними біопсійного та операційного матеріалу за 11 років. За перше 5-річчя відмічена тенденція до зменшення кількості ПГЗ, з 2004 р. — незначне збільшення і в подальшому утримання кількості випадків даного захворювання на одному рівні. В середньому на ПГЗ припадає 2,5% від загальної кількості хворих. Найчастіше ПГЗ виникають у жінок віком 41–50 років. Проте за останні роки відмічають збільшення кількості випадків ПГЗ у жінок до 20 років. В загальному у даній віковій категорії ПГЗ діагностовано у 62 випадках (8,6%). Наймолодший вік хворих — 13 років. За останні 5 років майже втричі підвищилась захворюваність у жінок віком 21–30 років.

Виявлено переважання доброякісних пухлин з тенденцією до збільшення за останні 5 років, причому серед доброякісних переважала фіброаденома змішаного типу, серед злоякісних — інфільтруюча карцинома. При порівнянні клінічного та патоморфологічного діагнозів виявили їх неспівпадіння в 13%; серед них переважала клінічна гіпердіагностика доброякісних пухлин. За останні 5 років випадки розходжень діагнозів зменшились у 2 рази.

Останнім часом відмічають різке збільшення захворюваності молодих жінок на ПГЗ. На ПГЗ серед жінок молодого віку припадає 29,9% від загальної кількості ПГЗ. Серед пухлин найчастіше діагностують фіброаденому змішаного типу.

214. Лечение местно-распространенного рака молочной железы

И.Н. Ли, Ш.Ж. Талаева, Б.А. Кайбуллаев
Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, Казахстан

У больных с распространенным раком молочной железы (РМЖ) особенно актуальным является определение лекарственной чувствительности опухолей для индивидуального подбора схем терапии. Оценены результаты лечения РМЖ путем индивидуализации системной терапии. Все пациентки были рандомизированы на 3 группы: 1-я группа (FAC) — 29 человек получили лечение по схеме: 4 курса неоадъювантной полихимиотерапии (ПХТ): доксорубицин + флуороурацил + циклофосфан + операция + 4–6 курсов адъювантной ПХТ: доксорубицин + флуороурацил + циклофосфан. 2-я группа (TF) — 28 человек получили лечение: 4 курса неоадъювантной ПХТ: таксотер + флуороурацил + операция + 4–6 курсов адъювантной ПХТ: таксотер + флуороурацил. 3-я группа (TF + Her) — 17 больных получили лечение: 4 курса неоадъювантной ПХТ: таксотер + флуороурацил + герцептин + операция + 4–6 курсов адъювантной ПХТ: таксотер + флуороурацил + герцептин. Проведение неоадъювантной ПХТ с антрациклинами вызывает частичную регрессию опухоли и регионарных метастазов у 65,5% пациентов. В послеоперационном материале чаще выявляют терапевтический патоморфоз 2–3-й степени. Проводимая неоадъювантная ПХТ в сочетании с таксотером в 64,7% случаях вызывала лечебный патоморфоз 3–4-й степени. Системная терапия в комбинации с таргетными препаратами при гиперэкспрессии Her-2/neu вызвала в каждом третьем случае частичную регрессию процесса. Из гематологической токсичности достоверная разница выявлена лишь по 0 степени токсичности — на 32% по уровню анемии, на 35,5% по уровню лейкопении между группами FAC и TF химиотерапии ($p<0,01$), на 26,3% по уровню анемии, на 22,7% по уровню лейкопении между группами TF и TF в комбинации с герцептином) ($p<0,05$). Из негематологических эффектов для больных из группы TF наиболее характерными были симптомы, связанные с мукозитами — стоматит, диарея, которые отмечали у 9 (32,1±8,8)% и 5 (17,9±7,2)% больных соответственно, в основном при развитии нейтропении, нейротоксичность выявляли у 8 (28,6±8,5)% больных.

Для пациентов, получивших лечение по схеме FAC, из негематологических эффектов наиболее часто отмечали гастроинтестинальный синдром, в основном в виде эметической токсичности (100%), рвота III степени токсичности отмечена у 6 (20,7±7,5%), проявление кардиотоксичности — у 3 (10,3±5,6%) больных. Для группы TF из негематологической токсичности наиболее частой оказалась кардиотоксичность у 4 (23,5±10,3%), стоматиты у 7 (41,2±11,9%), диарея — у 4 (23,5±10,3%), нейротоксичность — у 5 (29,4±11,0)% больных.

215. Вивчення *in vitro* впливу глюконату кальцію на клітини карциноми грудної залози

О.Ф. Лигирда, Ю.Й. Кудрявець, І.В. Досенко
Національний інститут раку, Київ
Інститут експериментальної патології, онкології та радіобіології ім. Р.Є. Кавецького, Київ

Сьогодні активно вивчається вплив іонів кальцію як модифікатора антибластомного впливу та індуктора апоптозу при карциномах грудної залози. Метою дослідження є підвищення ефективності протипухлинного лікування хворих на місцевопоширений рак грудної залози (РГЗ) шляхом розробки та застосування неоад'ювантної поліхіміотерапії (НПХТ), модифікованої глюконатом кальцію (ГК) та вивчення ефективності даного методу лікування в експериментальних умовах.

В експериментах використані лінії клітин з РГЗ людини (MCF-7, T-47D), які були отримані з Клітинного банку ліній Інституту експериментальної патології, онкології та радіобіології імені Р.Є. Кавецького, а також культури пухлинних клітин, отриманих з плеврального ексудату хворих на РГЗ.

Результати свідчать, що ГК пригнічує проліферацію пухлинних клітин при постійній його наявності в ростовому середовищі в концентрації від 10 мг/мл до 0,1 мг/мл. Максимальний ефект ГК відмічають через 48–72 год після внесення препарату. Клітини лінії MCF-7 виявились більш чутливими до ГК, ніж лінії T-47D. Зростання концентрації супроводжується пригніченням проліферації та загибеллю клітин. *In vitro* ми відтворили аналогічні умови згідно з клінічним застосуванням дії ГК на пухлинні клітини. В контрольних клітинах лише проводили заміну середовища. Виявилось, що короткочасна дія ГК на клітини приводить до різкого пригнічення їх проліферативної активності: вже протягом перших діб відбувається рефракція моношару клітин в культурі, пригнічення їх ділення з поступовою загибеллю. Цитологічний аналіз пухлинних клітин показав, що вже на першу добу після дії ГК в культурі відзначається поява великої кількості конденсованих клітин з гіперхромним ядром і вузькою зоною цитоплазми, що може вказувати на загибель клітин за механізмом апоптозу.

Клінічна доцільність застосування ГК як важливого компонента розробленої нами схеми підтверджена в експериментальних дослідженнях з використанням культур клітин РГЗ.

216. Лікування постмастектомічного синдрому

С.В. Лірник
Клініка судинної патології, Київ

Постмастектомічний синдром (ПМС) є сукупністю клінічних проявів у вигляді постмастектомічного дефекту, рубцевих змін під пахової ділянки (контрактура плеча), брахіоплекситу та набряку верхньої кінцівки (лімфедеми).

Ранній ПМС супроводжує хірургічний етап, розвиток пізніх ускладнень пов'язують з променевою терапією. Цей процес розвивається від декількох місяців до 2–3 років. Ранні ускладнення зумовлені обсягом хірургічного втручання та мають посттравматичний характер. У формуванні пізніх ускладнень провідну роль відіграє променева терапія, під час якої пошкоджуються незмінені тканинні структури, що призводить до розвитку фіброзних та рубцевих змін, ураження нервових стволів плечового сплетіння, значного порушення венозного та лімфатичного обігу. Оскільки 90% сумарного кровообігу забезпечується за рахунок венозної системи і тільки 20% — за рахунок лімфатичної, то основною патогенетичною ланкою інтерстиціального набряку в пізній період ПМС є компресія глибоких вен верхніх кінцівок та венозна недостатність, що закономірно призводять до утворення тромбозу, посттромбофлебитичного синдрому та вторинної лімфедеми, приєднання інфекції, бешихи. Тому реабілітацію бажано починати на ранніх післяопераційних етапах.

Поряд із лікувально-терапевтичними вправами, мануальним масажем, призначенням компресійних рукавів ми застосовували поперемінний компресійний масаж (ПКМ) верхньої кінцівки за допомогою апарату «Лімфопрес» виробництва «МегоАфек», Ізраїль. На відміну від мануального масажу, апарат дає можливість рівномірно та поперемінно розподілити тиск в манжеті знизу вверх по ходу кровообігу та встановити базовий тиск в манжеті не більше 60 мм рт. ст. Лікування отримали 12 пацієнток віком 50–75 років та 1 пацієнт віком 74 роки з ПМС — Ліотон1000 гель вранці та ввечері, ПКМ на верхню кінцівку (10 процедур), компресійний рукав на уражену кінцівку.

Відмічено зменшення окружності кінцівки до 10 см, зменшення вираженості больового синдрому, збільшення обсягу руху в плечовому суглобі, покращення функції верхньої кінцівки.

217. Влияние прогностических факторов на продолжительность жизни больных раком молочной железы с метастазами в печени

Лю Вей, И.Н. Бондаренко, А.И. Асеев, В.Ф. Завизион
Днепропетровская государственная медицинская академия

Метастазы в печени существенно влияют на прогноз у больных раком молочной железы (РМЖ). Изучали влияние прогностических факторов на выживаемость больных РМЖ с метастазами в печени (РМЖМП).

Проанализированы истории болезни 57 больных РМЖ с висцеральными метастазами в возрасте 31–74 лет. У 37 больных отмечали РМЖМП, у 20 — другие висцеральные метастазы без поражения печени. Продолжительность наблюдения — 1–90 мес. Диагноз верифицирован гистологически. Фенотип опухоли изучали с помощью иммуногистохимического метода. Эффективность химиотерапии (ХТ) оценивали с помощью спиральной КТ по критериям RECIST 1.0. Функция печени изучена по биохимическому анализу крови.

У 13 больных (по 36%) отмечали умеренную (G2) и низкую (G3) степень гистологической дифференцировки опухоли (СГДО), у 10 (28%) СГДО не уточнена. У 10 больных (28%) опухоль относилась к люминальному А типу (ЛА), у 6 (17%) — к люминальному В (ЛВ), у 1 больной (3%) — Her2/neu+, и у 14 больных (39%) –с тройными негативными рецепторами (ТНР).

В возрасте 31–40 лет средняя продолжительность жизни (СПЖ) составила 10,4 мес, 41–50 лет — 13 мес, 51–60 лет — 17,54 мес, 61–70 лет — 22,8 мес, больная в возрасте 74 лет прожила 14 мес. При G2 СПЖ составила 17,2 мес, при G3 –14,15 мес. У больных с ЛА типом СПЖ составила 17,6 мес, с ЛВ СПЖ — 23,3 мес, с Her2/neu+ — 12 мес, с ТНР — 12,4 мес. К 10-му циклу ХТ отмечено достоверное повышение уровней щелочной фосфатазы с 146,91 до 169,81, АлАТ — с 30,43 до 43,69, АсАТ — с 32,68 до 46,50, ЛДГ — 353,88 до 519,95, общего билирубина — с 14,67 до 17,53. Независимым прогностическим фактором общей выживаемости является только положительный HER2/neu.

Возраст больных, степень СГДО и иммуногистохимический тип опухоли оказывают безусловное влияние на продолжительность жизни больных РМЖМП. При этом положительный статус HER2/neu имеет достоверное негативное влияние на прогноз, тогда как статус рецепторов эстрогенов и прогестерона не оказывает достоверного влияния на прогноз у больных с указанной патологией

218. Комплексная профилактика постмастэктомического синдрома

А.А. Ляшенко, С.А. Молид
Национальный институт рака, Киев

Постмастэктомический синдром (ПМС) является одним из отдаленных осложнений радикальной мастэктомии. Он возникает в сроки от 2 мес до года после оперативного вмешательства и проявляется увеличением размеров, ограничением функции, возникновением пастозности, болезненности и отека верхней конечности на стороне оперативного вмешательства. Ведущие причины ПМС — нарушение адекватного лимфооттока, венозный стаз, нарушение иннервации в зоне лимфодиссекции. По различным данным, частота данной патологии колеблется от 20 до 90% всех больных, перенесших радикальную мастэктомию. Выраженность ПМС колеблется от легкой пастозности до развития слоновости пораженной конечности. Лечение ПМС — сложная проблема, часто требуются сочетания консервативных мероприятий (мочегонные, венотоники, элевация конечности) с хирургическими (наложения сосудистых анастомозов). Эффективность лечения ПМС — низкая.

Мы сравнивали частоту возникновения ПМС в 2 группах больных, по 25 пациенток в каждой. Пациенткам основной группы через 2 нед после операции проводили профилактический курс послеоперационной терапии (вобэнзим, детралекс, эластическое бинтование конечности, пневмопрессия) в течение месяца. Пациенткам контрольной группой данные мероприятия не проводили. В контрольной группе через 6 мес явления ПМС различной степени выраженности (I–III) отмечены у 12 пациенток, тогда как в основной группе — лишь у 5. Выраженность ПМС в этой группе не превышала II степени.

Данное исследование показало важность профилактических мероприятий для предотвращения развития ПМС.

219. О показаниях к выполнению подкожной мастэктомии с одномоментным эндопротезированием у больных раком молочной железы

С.Д. Мясоедов, Я.А. Терсенов, Д.В. Мясоедов, П.С. Моисеев, Р.Х. Асланов, М.Ф. Бакиев, А.А. Слюсаренко
Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев

При лечении рака молочной железы в начальных стадиях органосохраняющие операции остаются методом выбора. Однако, несмотря на то что границы резекции тщательно контролируются морфологически, местные рецидивы опухоли развиваются у 6–8% больных, что подтверждает опасность сохранения оставшегося участка органа. Учитывая биологические особенности роста рака молочной железы, проявляющиеся в мультицентрическом росте и распространении опухоли по молочным протокам, лимфатическим путям и венам, с нашей точки зрения, в подобных случаях наиболее оправданным следует считать выполнение подкожной мастэктомии с одномоментным эндопротезированием молочной железы. Цель исследования — изучить непосредственные и отдаленные

результаты подкожных мастэктомий с одномоментным эндопротезированием у больных раком молочной железы в I–III стадиях заболевания.

Проанализированы результаты лечения 123 больных раком молочной железы. Средний возраст лечившихся — 52 года. Для протезирования использовали эндопротезы молочных желез: «Интерфалл» 24 (19,5%), «Эстеформ» 16 (13,0%), «Полиформ» 4 (3,2%), «Нубиплант» 42 (34,14%), «Силимед» 37 (30,18%). Все операции выполнены из субмаммарного доступа с дренированием раны и лимфодиссекцией регионарных лимфатических узлов по показаниям.

Из 123 оперированных больных послеоперационные серомы, требующие лечения пункциями, возникли в 12 (0,8%) случаях. Отторжение эндопротеза отмечено у 2 (1,6%) больных. Контракционная капсула развилась в 3 (2,4%) случаях. У этих больных выполнено иссечение капсулы с заменой эндопротезов. В одном наблюдении эндопротезы заменены дважды, с интервалом в 6 и 8 лет. Трехлетний период наблюдения пережило 96±1,7% больных, 5-летний — 89±2,8%. Местные рецидивы заболевания возникли у 4 (3,32%), отдаленные метастазы — у 6 (4,9%) больных.

При соответствующих показаниях подкожная мастэктомия с эндопротезированием у больных раком молочной железы должна считаться альтернативой органосберегающей секторальной резекции. Течение послеоперационного периода и непосредственные результаты не зависят от выбора эндопротеза, а отдаленные результаты подкожной мастэктомии с эндопротезированием не уступают результатам органосберегающих операций.

220. Сравнительный анализ результатов органосохраняющего лечения раннего инвазивного дольково и протокового рака молочной железы

Г.П. Олийниченко, Н.Ф. Аникусько, В.П. Паукова, М.С. Малец, С.А. Собченко, А.М. Нейман, А.А. Катеринич, И.Б. Щепотин*, В.Е. Чешук*, А.С. Зотов*, В.В. Зайчук*, О.Е. Лобанова*

Киевский городской клинический онкологический центр

**Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев*

Органосохраняющее лечение (ОСЛ), включающее широкое иссечение опухоли с достижением чистоты краев резекции и послеоперационную лучевую терапию, является стандартным лечением раннего рака молочной железы (МЖ). Если для раннего протокового рака ОСЛ является общепризнанным, то для дольково рака — противоречивым в связи с частым развитием рецидива ипсилатеральной МЖ и риском развития билатерального рака. Инвазивная дольковая карцинома составляет 8–14% всех видов рака МЖ. Уровень заболеваемости наиболее высок в постменопаузальном возрасте. Для дольково рака характерно мультифокальное, мультицентричное и билатеральное поражение МЖ, в связи с чем органосохраняющее лечение часто затруднено из-за невозможности достичь чистоты краев резекции. Нами было оценены результаты органосохраняющего лечения инвазивного протокового и дольково рака МЖ в Киевском городском клиническом онкологическом центре. Цель исследования — сравнить результаты ОСЛ раннего инвазивного дольково и протокового раков МЖ.

Нами проведен анализ данных лечения 68 пациенток с инвазивной дольковой и 526 пациенток с инвазивной протоковой карциномами I–IIA стадий, которым проведены органосохраняющие операции. У всех пациенток во время операции была достигнута чистота краев резекции. Всем им проведены послеоперационная лучевая терапия, а также адъювантная химиогормонотерапия за период 2002–2009 гг. Нами оценены уровень возникновения местных рецидивов, выживаемость и уровень возникновения контралатерального рака.

Средний возраст больных в группе с инвазивным протоковым раком составил 52 года (24–88) и 60 (32–80) в группе с инвазивным дольковым. 5-летний уровень возникновения местных рецидивов составил 1,8% в группе с инвазивным дольковым раком и 4,2% в группе с инвазивным протоковым (p=0,70). Не было отмечено значительной разницы в 5-летней выживаемости в исследуемых группах. В группе с инвазивным протоковым раком выживаемость составила 95,8 и 96,4% в группе с инвазивным дольковым. Контралатеральный рак был выявлен у 11,3% пациенток группы с инвазивным дольковым и 11,9% в группе с инвазивным протоковым раком.

Органосохраняющее лечение позволяет достичь сходных результатов местно-регионарного контроля и выживаемости у пациенток с ранним инвазивным протоковым и дольковым раком. Риск развития местного рецидива в 2,5 раза выше в группе с инвазивным протоковым раком.

221. Выбор тактики лечения послеоперационных кровотечений у больных РМЖ

Г.П. Олийниченко, Н.Ф. Аникусько, А.А. Катеринич, М.С. Малец, А.М. Нейман, В.П. Паукова, С.А. Савчук, С.А. Собченко, В.Е. Чешук*, А.С. Зотов*

Киевский городской клинический онкологический центр

**Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев*

В связи с широким применением низкомолекулярных гепаринов для профилактики тромбоэмболических осложнений после хирургического лечения у пациенток с высоким риском развития тромбозов, частота послеоперационных кровотечений увеличилась и, по данным различных авторов, колеблется в пределах 1–2%. Причина кровотечения в этих случаях чаще всего обусловлена диффузным кровотечением из мелких артериальных и венозных сосудов. В таких случаях существуют консервативне методы лечения и хирургические методы коррекции местного гемостаза. Целью исследования было оценить эффективность консервативного и хирургического методов лечения послеоперационных кровотечений.

В хирургическом отделении Киевского городского клинического онкологического центра проанализированы результаты лечения 64 случаев кровотечений у пациенток после операций по поводу РМЖ. Из них 18 (28%) больных были оперированы в ургентном порядке и 46 (72%) лечились консервативно. При хирургическом лечении проводили ревизию раны, удаление сгустков, электрокоагуляцию кровоточащих участков, обработку раны гемостатической губкой и частое подшивание лоскутов кожи к грудной стенке. При консервативном лечении в условиях перевязочной проводили отмывание раны гемостатическими и антисептическими растворами, при необходимости применяли холод на рану и тугое бинтование и назначение антибиотиков широкого спектра действия в обеих группах.

При хирургическом лечении отмечено первичное заживление раны, без увеличения сроков нахождения в стационаре по сравнению с контрольной группой без кровотечения. У 9 (20%)больных группы с консервативным лечением отмечено развитие осложнений со стороны раны (серомы, некрозы,) увеличение времени пребывания в стационаре на 7–10 сут.

Выбор тактики лечения послеоперационных кровотечений следует проводить с учетом индивидуальных особенностей пациентки и степени кровотечения. Более приемлемым и эффективным является метод хирургического лечения, но в случаях незначительных локализованых гематом результаты консервативного лечения также эффективны.

222. Сучасний підхід у лікуванні дисгормональних гіперплазій молочних залоз

С.М. Пащенко, Г.І. Резніченко, Н.М. Волошина, Н.Ф. Щуров, Д.І. Кебало

Запорізька медична академія післядипломної освіти

У загальній структурі захворювань жіночого населення патологічні процеси молочної залози виявляють з частотою 13,5–30%. Увага до дисгормональних гіперплазій молочної залози (ДГ) пов'язана з тим, що вони визначають розвиток раку молочної залози (РМЗ). Дисгормональні гіпреплазії включають велику групу патологічних процесів, які мають спільні патогенетичні механізми розвитку, але істотно розрізняються

за структурними ознаками. Це вимагає індивідуалізації методів лікування хворих на ДГ. Клінічно розрізняють дві форми ДГ — дифузну і вузлову. Така класифіація захворювання зручна, оскільки значною мірою визначає терапевтичну тактику лікаря. Однак сучасна діагностика ДГ дозволяє не тільки виявляти патологічні осередки в молочній залозі, важливо оцінити клініко-патогенетичну форму захворювання, характер сруктурних змін і ступінь ризику злоякісної трансформації тканини. Для прогнозування злоякісного перетворення доброякісних пухлин застосовують молекулярні маркери.

В останні роки перетворення тканин пов'язують не тільки з генетичними змінами, а також зі станом вуглеводного каскаду мембран клітин та сполучної тканини. Наявність вулеводних детермінант в епітелії може бути оцінена як гістохімічним, так і цитохімічним методами. У хворих на ДГ в епітелії з атипією вивляли рецептори до лектинів SBA, PSL, PNA,HPL. Для морфологічної діагностики різних форм мастопатії є важливим забір матеріалу для подальшого дослідження. Сучасна біопсія під контролем УЗД є надійним методом діагностики, що є альтернативою хірургічної біопсії та подальшого гістологічного дослідження. За допомогою УЗД здіснюється контроль за підводженням голки до новоутворення та візуальне спостереження напрямку біопсії. У групі хворих з атипією у цитологічних препаратах, і наявністю в ділянках осередкових гіперплазій клітин з рецепторами до лектинів SBA, PSL, PNA, HPL призначали препарат бусерин-спрей інтраназально у дозі 900 мг на добу 1–2 міс. За відсутності рецепторів до цих лектинів призначали мамолептин. Контроль ефективності лікування здійснювали на підставі оцінки клінічних даних, а також за допомогою УЗД та мамографії.

Таким чином, при плануванні лікування хворих на ДГ доцільно оцінювати ступінь структурних змін в молочній залозі.

223. Визначення мутацій гена *BRCA1* у хворих на рак молочної залози та їх родичів

О.П. Пересунько, Т.В. Крук, Р.А. Волков*

Буковинський державний медичний університет, Чернівці
**Чернівецький національний університет ім.Ю. Федьковича*

Останніми роками відмічено стрімкий розвиток генетики раку молочної залози (РМЗ). Ідентифікація генів спадкової схильності виникнення РМЗ (*BRCA1* та *BRCA2*) стала підгрунтям для більш поглибленого дослідження ролі спадкового фактора в розвитку РМЗ. У жінок з гермінальними мутаціями одного із алелей гена *BRCA1* ризик розвитку протягом життя РМЗ становить 75% у віці до 50 років. У слов'янській популяції, а також в етнічній групі євреїв Ашкеназі найбільш часто виявляють патогенні мутації 185delAg та 5382insC в гені *BRCA1*. Вивчали мутації гена *BRCA1* — 185delAg та 5382insC у хворих на РМЗ та їх родичів для визначення нових напрямків профілактики, діагностики та лікування РМЗ.

Генотипування мутацій 185delAg та 5382insC в гені *BRCA1* проведені у крові 74 хворих на РМЗ, 42 родичів 1-го ступеня спорідненості, 24 пацієнтки — практично здорові (контрольна група). При проведенні скринінгу мутацій гена *BRCA1* (більше 50 мутацій) серед 116 жінок виявлені хворі із спадковими та спорадичними формами РМЗ, класифіковані групи високого, середнього та низького ризику виникнення РМЗ у родичів хворих. На підставі отриманих результатів дослідження рекомендується проведення організаційно-методичних заходів, які спрямовані на ранню діагностику РМЗ і вибір тактики лікування хворих та профілактичних заходів у родичів. Генетичні дослідження мутацій гена *BRCA1* у пацієнток з РМЗ та їх родин підтверджують, що значна роль у виникненні цієї патології належить спадковим факторам.

Попередні спостереження хворих на РМЗ та їх родичів, у яких проводили генотипування мутацій гена *BRCA1,* показують перспективність подальших досліджень в сфері онкогенетики та молекулярної біології для розвитку сучасних високоефективних технологій зі зміною приоритетів на профілактичне спрямування і відбір жінок у групу генетичного ризику з метою виявлення раку на доклінічній стадії.

224. Органосохраняющие операции в лечении рака молочной железы

П.М. Пихут, И.П. Гаврилащенко, А.Г. Кучиеру, Е.Н. Кудина, А.И. Котруцэ

Институт онкологии, Молдова

Сохранение молочной железы без применения реконструктивно-восстановительного этапа. Материалом настоящего исследования стали больные раком молочной железы (РМЖ), которым с ноября 1994 по декабрь 2009 г. произведена радикальная субтотальная мастэктомия (патент № 1192 от 31.04.1999 г. и № 1697 от 31.07.2001 г.). Все больные отказались от радикальной классической мастэктомии. Всего прооперировано 209 пациенток.

Распределение по возрасту: 30–39 лет — 42 (20,1%), 40–49 лет — 101 (48,3%), 50–59 лет — 48 (23,0%), >60 — 18 (8,6%). Распределение по стадиям заболевания: I стадия — 53 (25,4%), IIа — 81 (38,8%), IIб – 54 (25,6%) и III — 21(10%). Распределение по локализации опухоли: верхне-наружный квадрант — 87 (41,6%), граница верхних квадрантов — 73 (34,9%), верхневнутренний квадрант — 35 (16,8%), другие — 14 (6,7%). У 64 (30,6%) пациенток диагноз до операции не был доказан. В этой группе лечение было начато с секторальной резекции со срочным гистологическим исследованием. Все остальные пациентки в предоперационный период получили курс лучевой терапии в режиме обычного фракционирования и 79 (37,8%) курсы адъювантной полихимиотерапии, гормонотерапии, лучевой терапии. Методика оперативного вмешательства предусматривает специальный разрез, при котором удаляется как минимум $^2/_3$ ткани молочной железы с центральной частью с сохранением сосково-ареолярного комплекса и субмаммарной складки. При ушивании выполняется подтягивание и поворот сосково-ареолярного комплекса.

Больные прослежены от 6 мес до 15 лет, местные рецидивы развились у 16: в зоне послеоперационного рубца — 3 (1,4%) и вне зоны послеоперационного рубца — 13 (6,2%). У 5 больных развился РМЖ противоположной молочной железы. У 2 развился рак Педжета соска и им была удалена оставшаяся часть молочной железы (через 1,5 и 2,5 года после первой операции). У 35 (16,0%) развились отдаленные метастазы, причем у 13 из них одновременно с внутрикожными метастазами в оставшейся части молочной железы. 7(5,1%) пациенток прооперировано по поводу гранулем послеоперационного рубца или оставшейся ткани молочной железы. Умерло 28 (13,4%). Претензий к форме оставшейся молочной железы не было. Мы оставляли за пациентами возможность, по желанию, корректировать здоровую молочную железу. Такая операция выполнена 1 пациентке.

Полученные результаты показывают, что разработанная операция может являться альтернативой радикальной мастэктомии с применением реконструктивно-пластического этапа. Ее можно применять по более широким показаниям при операбельном РМЖ.

225. Органосохраняющие и реконструктивно-пластические операции в комплексном лечении больных раком молочной железы

С.Э. Поленков, А.Н. Заика, Г.Г. Бардаков

Черниговский областной онкологический диспансер

Рак молочной железы (РМЖ) — одно из наиболее часто отмечаемых злокачественных заболеваний у женщин. Выполнение мастэктомии в любом ее варианте приводит к ряду физических дефектов. Одним из этапов решения данной проблемы является выполнение органосохраняющих и реконструктивно-пластических операций.

За период с января 2006 по декабрь 2010 г. в условиях маммологического центра областного онкологического диспансера выполнено радикальных резекций молочной железы — 401, ма-

стэктомий — 908, реконструктивно-пластических операций — 24 . На дооперационном этапе выполняли прицельную трепан-биопсию, что позволило получить данные иммуногистохимического исследования. Во время операции проводили экспресс-диагностику маркированных краев удаленного препарата.

По данным анкетирования 76% больных, которым были выполнены органосохраняющие и реконструктивно-пластические операции, расценивали результат операции как хороший или отличный, как удовлетворительный — 17%, как неудовлетворительный — 7%. В течение года после операции полноценно адаптировались по критериям психосоциальной и трудовой реабилитации 80% больных, которым были проведены органосохраняющие и реконструктивно-пластические операции. Данные литературы и собственный опыт показали, что реконструктивно-пластические операции на молочной железе у онкологических больных не влияют на течение болезни, не препятствуют проведению других видов специального лечения, не затрудняют наблюдение за состоянием зоны операции. Наряду с этим маммопластика позволяет решить проблему косметических последствий радикальных вмешательств на молочной железе, что положительно влияет на качество жизни данной категории больных.

Применение органосохраняющих и реконструктивно-пластических операций при РМЖ не ухудшает отдаленные результаты, а по критериям психосоциальной и трудовой реабилитации и качества жизни больных существенно превосходит традиционные хирургические методы лечения.

226. Сравнительный анализ частоты развития рецидивов у больных раком молочной железы после органосохраняющих операций и мастэктомий

С.Э. Поленков, Ю.Е. Лушников, Г.Г. Бардаков
Черниговский областной онкологический диспансер

Рак молочной железы (РМЖ) находится на 1-м месте среди онкологических заболеваний среди женского населения. В течение последних 20 лет заболеваемость увеличилась в 2 раза. Прослеживается тенденция к «омоложению» данной нозологии. На протяжении последних лет происходит пересмотр взглядов на объем оперативных вмешательств при РМЖ в пользу их уменьшения без ущерба радикализму.

За 2005 г. в условиях маммологического отделения было выполнено 77 радикальных резекций и 154 мастэктомии. Средний возраст больных, которым было проведено органосохраняющее лечение — 47,3 года. Средний возраст больных, которым была выполнена мастэктомия — 53,5 года.

В 2010 г. за 5 лет проанализированы отдаленные результаты лечения больных, прооперированных в 2005 г. Рецидивы возникли у 6% больных после радикальной резекции и у 6,2% после мастэктомий. Местные рецидивы возникли в 3% случаев после радикальных резекций и в 6,6% случаев после мастэктомий; отдаленные метастазы возникли в 37,3% случаев после радикальных резекций и 43% после мастэктомий. Меньшая частота развития рецидивов после органосохраняющих операций объясняется адекватным отбором больных на лечение с ранними стадиями: I–IIb. При анализе данных иммуногистохимии установлено, что 53% больных, которым была проведена радикальная резекция, имели базальный или Her-2/new подтип опухоли; в то время как у больных после мастэктомии аналогичные подтипы были выявлены в 37% случаев.

При соответствующих показаниях частота развития рецидивов при РМЖ после органосохраняющих операций меньше, чем после мастэктомий. При отборе больных для органосохраняющих операций предпочтение необходимо отдавать больным молодого возраста, в то же время эти больные имеют худшие прогностические факторы.

227. Рецидиви раку молочної залози після радикального хірургічного лікування

Ю.Я. Присташ, В.Р. Савран, Т.Г. Фецич
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Незважаючи на прогрес в лікуванні раку молочної залози (РМЗ) локальні рецидиви (Рц) постійно супроводжують хірургічні втручання. Їх частота зростає зі зменшенням обсягу радикальної операції на молочній залозі. Залишається відкритим запитання, наскільки їх виникнення асоціюється з появою дисемінації.

Аналізу піддано 126 хворих з Рц РМЗ після різного за обсягом хірургічного лікування: мастектомія за Голстедом — 35 хворих, мастектомії за Пейті або Мадденом — 72 хворих, органозберегаючі операції (радикальні секторальні резекції або квадрантектомії) — 19 хворих. Вивчено час виникнення рецидивів та їх вплив на виживання хворих (актуріальний метод, показник скоригованого виживання).

У 50 % хворих з Рц останні виникли протягом перших двох років після операції, а до кінця п'ятого року їх частка становить 84,9%. Лише у 15% хворих з Рц їх виникнення відмічали через 6–12 і більше років після первинного лікування. Незважаючи на появу Рц 5-річне виживання досягнуто у 52% хворих, а 10-річне — у 40,4%. Встановлено, що ефективність лікування хворих значною мірою залежить від обсягу первинного хірургічного втручання. Після мастектомії за Голстедом 5-річне скориговане виживання хворих становило 43,4%, 10-річне — 17,4%. У 20 хворих з 35 (57% спостережень) після операції за Голстедом Рц супроводжувалися маніфестацією віддалених метастазів, одночасно або в найближчий період часу після мастектомії. Аналогічна картина відмічена і після первинного лікування РМЗ на підставі модифікованих мастектомій: у 56,9% оперованих Рц пухлини супроводжувалися віддаленими метастазами, 5-річне скориговане виживання хворих становило 57,4%, 10-річне — 32,1%. Найкращими виявилися віддалені результати лікування Рц РМЗ, які виникли після органозберігаючих операцій: 5-річне скориговане виживання досягнуто у 87,8%, 10-ти річне — у 77,5%. Протягом 9 років спостереження хворих з Рц після органозберігаючого лікування, від дисемінації пухлинного процесу померли тільки 3 особи (15,8% спостережень). Очевидно, це пов'язано з тим, що органозберегаючі операції виконують на I–II стадіях РМЗ і майже у всіх хворих після виникнення Рц виконано так звану рятівну мастектомію (salvage mastectomy) та проведено відповідне ад'ювантне лікування.

Локальні Рц після мастектомій є ознакою наявної або прихованої дисемінації, а після органозберігаючих операцій — це нові первинні пухлини, які підлягають повторному лікуванню, яке дозволяє досягти тривалого виживання хворих.

228. Ефективність неоад'ювантної хіміотерапії раку молочної залози залежно від імуногістохімічного типу пухлини

М.Ф. Рішко, А.В. Русин, Л.П. Любомирова, Л.І. Лапоног, В.І. Мондик, Л.О. Жолудєва, Р.С. Конар
Ужгородський національний університет
Закарпатський обласний клінічний онкологічний диспансер, Ужгород

За останні 10 років етапи планування лікування раку молочної залози (РМЗ) базуються значною мірою не на клінічних, а на молекулярно-біологічних факторах прогнозу рецепторів естрогену, прогестерону й епідермального фактора росту 2-го типу (HER2/neu). Залежно від поєднання ступеня експресії цих рецепторів розрізняють 4 основні типи РМЗ: люмінальний А (ER+PR±, HER2/neu-); люмінальний В (ER+PR ±, HER2/neu+); базальний (ER-PR -, HER2/neu-); HER2/neu позитивний (ER-PR -, HER2/neu+). Індивідуальна програма лікування РМЗ формується з врахуванням імуногістохімічного типу (ІГТ) пухлини. Вивчали залежність ефективності неоад'ювантної хіміотерапії від типу РМЗ.

У дослідження включено 80 пацієнток з морфологічно верифікованим РМЗ віком 32–68 років, які знаходились на лікуванні у 2008–2010 рр. Рецепторний статус і рівень експресії HER2/neu визначали методом імуногістохімії. Залежно від поєднання рівнів експресії ER, PR та HER2/neu визначено тип пухлини у кожної хворої. Неоад'ювантна хіміотерапія (НАХТ) проводилася за схемами FAC, AC, CMF, кількість курсів 2–4. Оцінку ефекту НАХТ проводили за критеріями RECIST.

Люмінальний тип А діагностовано у 32 хворих (40%), люмінальний В — у 22 (27,5%), базальний — у 20 (25%), тип з гіперекспресією HER2/neu — у 6 хворих (7,5%). У пацієнтки з люмінальним А типом зареєстрована часткова регресія (ЧР) у 23 (71,9 %), стабілізація (С) — у 9 (28,1%). Органозберігаючі операції (ОП) виконані у 17 хворих (53,1%), радикальні мастектомії у 15 (46,9%). При люмінальному В типові ЧР виявляли у 16 (77,7%), С — у 6 (27,3%). ОП операції виконано у 9 хворих (41 %), радикальні мастектомії у 13 (59%). При базальному типові пухлини ЧР відмічали 15 (75%) пацієнток, С — у 5 (25%). ОП виконано у 9 (45%), радикальні мастектомії у 11 (55%). При HER2/neu-позитивному типові пухлини ЧР зареєстрована у 4 (66,7%), С — у 2 хворих (33,3%). ОП виконано у 1 хворої (16,7%), радикальні мастектомії у 5 (83,3%).

Найкраща вираженість ЧР при проведенні НАХТ і найбільшу кількість ОП відмічали при люмінальному А типові пухлини. Найнижча ефективність НАХТ та найменша кількість ОП зареєстрована при HER2/neu-позитивному типові, що робить цей маркер головним незалежним фактором несприятливого прогнозу. Врахування ІГТ дозволяє планування індивідуальних програм лікування РМЗ.

229. Рецепторний статус пухлини у хворих на рак молочної залози в Закарпатській області

А.В. Русин, Р.С. Конар, М.Ф. Рішко, М.П. Козодаєва

Закарпатський обласний клінічний онкологічний диспансер, Ужгород
Ужгородська центральна міська поліклініка

Мета дослідження — проаналізувати імуногістохімічні типи пухлин раку молочної залози (РМЗ).

В дослідженні взяли участь 256 хворих на рак молочної залози (РМЗ), у яких діагностовано РМЗ в 2009–2010 рр. Всіх пацієнток було поділено на 4 основні групи залежно від рецепторного статусу пухлини та експресії онкобілка Her2/neu. Визначення рецепторного статусу пухлини та експресії онкобілка Her2/neu проводили імуногістохімічним методом. Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою стандартної програми Microsoft Excel.

RE+RP+Her-тип пухлини мали 76 (29,7%) хворих, 99 хворих (38,7%) включали групу з RE+RP+Her+ типом РМЗ, 44 пацієнтки (17,2%) — з триплет негативним типом РМЗ, найменша частка хворих (14,5%), що становило 37 пацієнток увійшли в групу RE-RP-Her+ типом РМЗ. У хворих віком молодше 35 років достовірно більше відмічали RE-RP-Her+ пухлини — 10,8% порівняно з пацієнтками RE+RP+Her-групи — 1,3% ($p<0,05$). Первинну пухлину розміром до 2 (T1) см достовірно частіше виявляли у хворих RE+RP+Her+ групи — 34,3%, найрідше — у пацієнток з RE-RP-Her+ РМЗ — 13,5% ($p<0,05$). Метастази в надключичні лімфовузли на боці ураження (N3) достовірно частіше зафіксовано у хворих з базальним типом пухлини — 6,8%, найрідше у пацієнток з RE+RP+Her- типом РМЗ — 1,3% ($p<0,05$). У хворих з віддаленими метастазами найчастіше діагностовано триплет негативний РМЗ — 9,1%.

Високий ступінь диференціації пухлини (G1) достовірно частіше виявляли у пацієнток з RE+RP+Her- та RE+RP+Her+ типами РМЗ — 5,3 і 6,1% відповідно. Натомість пухлини з G1 відмічали у хворих з RE-RP-Her+ РМЗ найрідше — 2,7%. Низькодиференційований РМЗ найчастіше визначали у хворих з триплетнегативним та RE-RP-Her+ РМЗ, відповідно у 50 та 43,2% пацієнтів ($p<0,05$).

Негативні прогностичні фактори, а саме вік молодше 35 років, ураженість більше 10 аксілярних або метастази в надключичні лімфовузли (N3), наявність віддалених метастазів, низько- та недиференційовані пухлини частіше асоціюються з RE-RP-Her+ та триплетнегативним РМЗ. Сприятливі фактори прогнозу, а саме вік пацієнтки старше 35 років, розмір первинної пухлини до 1 см (T1), високий ступінь диференціації новоутворення (G1) найбільш часто відмічали у хворих з RE+RP+Her- та RE+RP+Her+ типами РМЗ.

230. Бездренажний метод ведення хворих після радикальних операцій на молочній залозі

В.Р. Савран, В.В. Савран

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Найчастішим рановим ускладненням хірургічного лікування раку молочної залози є лімфорея або серома (С). З цієї причини дренування операційної рани після радикальних операцій на молочній залозі є стандартом ведення хворих. Тим не менше, навіть дренування операційної рани більше 5 днів суттєво не впливає на утворення С. На підставі власного багаторічного досвіду та аналізу факторів, які спричиняють дане ускладнення, ми пропонуємо відмовитися від дренування операційної рани.

Протягом останніх 8 років в хірургічній клініці університету (регіональний онкоцентр) виконано понад 1800 радикальних операцій на молочній залозі без дренування операційної рани, 7,8% спостережень — мастектомія за Голстедом, 80% — модифіковані мастектомії, 12,2% — органозберігаючі операції, переважно радикальні секторальні резекції. При відмові від дренування операційної рани ми дотримувалися наступних особливостей хірургічного втручання: обов'язкова перев'язка безсудинної клітковини в аксилярно-підключичній ділянці, підшивання шкірних клаптів в аксилярній ділянці до грудної стінки «внутрішніми швами», аспірація рідини одноразовими шприцами, сонографічний контроль за станом операційної рани.

Основною причиною утворення сером (С) є порожнина в аксилярній ділянці, яка утворюється після видалення регіонарної клітковини, особливо після мастектомій за Мадденом та Пейті. Збережені грудні м'язи сприяють утворенню такої порожнини. Поза межами аксилярної ділянки С виникають рідко. У 94% хворих операційна рана загоїлася первинним натягом, у 4,5% пацієнток відмічено прорізання швів без розходження країв рани, у 1,5% — локальний некроз шкірних клаптів. Ранова рідина активно продукується протягом перших 2 тиж після операції, а її максимальне накопичення припадає на 6–10-й дні. У середньому об'єм аспірованої рідини становив 380 мл. Зростанню частоти С сприяють: доопераційна променева терапія, артеріальна гіпертензія, надмірна маса тіла, вік понад 60 років, великі розміри грудних залоз, цукровий діабет, тривалість дренування операційної рани, загальний об'єм дренованої рідини протягом перших 24 год більше 150 мл сероми об'ємом до 50 мл. Регресують спонтанно. Сонографічний контроль операційної рани дозволяє чітко контролювати процес серомоутворення. За відсутності дренажів зберігається повна активність хворих, їх незалежність від стороннього догляду, економиться перев'язочний матеріал, скорочується ліжко-день .

Відмова від дренування рани після радикальних операцій на молочній залозі не збільшує частоту місцевих ускладнень, сприяє ранній реабілітації хворих і є економічно виправданою.

231. Вариант одномоментной реконструктивно-пластической операции при раке молочной железы

И.Е. Седаков, В.Г. Бондарь, Я.В. Денисенко, Е.В. Бутенко, С.Б. Гавриленко

Донецкий областной противоопухолевый центр

В современной онкологической практике социальная реабилитация пациенток играет все более существенную роль. Одномоментная реконструктивная хирургия с использованием имплантов при раке молочной железы применяется во всех ведущих клиниках мира, но ограничивается большим количеством послеоперационных осложнений (серома, капсулярная контрактура, пролежни кожи), возникающих на фоне адъювантной химиолучевой терапии. Целью данной работы явилась разработка метода хирургической реабилитации пациенток с сохранением онкологического радикализма лечения.

В исследование включены 52 пациентки с 1–2б стадиями заболевания, получавшие комплексное лечение (органосохраняющее оперативное лечение, послеоперационный курс лучевой

терапии на молочную железу и пути регионарного метастазирования, адъювантная химиогормонотерапия, таргетная терапия с учетом данных ИГХИ и ПГЗ) в ДОПЦ за период 2008–2010 гг. У 38 больных опухоль локализовалась в верхних квадрантах и после выполнения онкологического этапа операции (квадрантэктомия с лимфаденэктомией) формировался мышечно-гландулярный карман, в который устанавливался имплант. Таким образом, сохранялась естественная переходная складка и наполнялся верхний полюс молочной железы. У 14 больных диагностирована опухоль нижних квадрантов, выполнена разноблочная квадрантэктомия с лимфодиссекцией, сформирована мышечная дубликатура — «подпорка» под установленным имплантом, позволившая также добиться физиологического птоза железы. Период наблюдения пациенток составил 9–24 мес, местные рецидивы опухоли не зарегистрированы. Послеоперационные осложнения, связанные с эндопротезированием, отмечены у 7 пациенток, в 4 случаях наблюдались серомы, и в 3 случаях капсулярные контрактуры 2–3-й степени по Baker, не требовавшие хирургической коррекции.

Применение разработанных в клинике методов реконструктивной пластики молочной железы с использованием имплантов в ходе основного хирургического вмешательства позволяет проводить комплексное лечение больных раком молочной железы, избегая осложнений, требующих удаления либо замены эндопротезов.

232. Паллиативная хирургия метастатического рака молочной железы

И.Е. Седаков, В.Н. Смирнов, А.В. Бондарь, М.Н. Шепляков
Донецкий областной противоопухолевый центр

Цель — разработать программу комплексной паллиативной терапии больных метастатическим раком молочной железы, включающую химиолучевое лечение и паллиативное хирургическое вмешательство.

Из 149 больных раком молочной железы с распространенностью процесса T4a-dN1–2M1 были сформированы исследуемая и контрольная группы. В зависимости от проведенного лечения больные исследуемой группы были разделены на две подгруппы. Больным первой подгруппы, в которую вошли 76 больных, было проведено до 3 циклов неоадъювантной селективной полихимиотерапии, с последующей лучевой терапией на молочную железу и пути лимфоотока в режиме классического фракционирования дозы, и оперативным вмешательством в объеме паллиативной мастэктомии. Больным второй подгруппы (29 человек) проводилась неоадъювантная эндолимфатическая полихимиотерапия (до 3 циклов), с последующей лучевой терапией и оперативным вмешательством. Характер лучевой терапии и объем оперативного вмешательства был аналогичным проведенному в первой подгруппе. По характеру метастазирования поражение надключичных лимфатических узлов отмечали у 56 пациенток, у 18 выявлены метастазы в костях, у 8 — в легких , у 12 — в печени, у 7 внутрикожные метастазы, у 2 — в яичниках и у 2 выявлен метастатический плеврит. В контрольную группу вошли 54 больных раком молочной железы с той же стадией заболевания, из них у 7 пациенток выявлены метастазы в кости, у 6 — в печени, у 4 — в легких и у 37 пациенток — поражение надключичных лимфатических узлов, которые получали комплексное консервативное паллиативное лечение (системная полихимиотерапия, лучевая терапия, гормональное лечение).

У больных первой исследуемой группы средняя продолжительность жизни составила 3,28±0,16 года, второй — 2,86±0,2 года. Средняя продолжительности жизни у больных контрольной группы составила 2,61±0,22 года.

Активное хирургическое лечение метастатических форм рака молочной железы с применением селективной внутриартериальной полихимиотерапии в бассейне внутренней грудной артерии в сочетании с лучевой и гормонотерапией показало высокую эффективность по сравнению с системной химиотерапией и может быть рекомендовано к широкому применению у данной категории больных. Продолжительность жизни, длительность периода ремиссии и качество жизни у больных с метастатическим РМЖ могут быть улучшены путем применения паллиативного хирургического этапа лечения.

233. Возможности и перспективы интраоперационой профилактики лимфедемы верхней конечности у больных раком молочной железы

Л.А. Семичковский
ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, Беларусь

Лимфедема верхней конечности является главной проблемой реабилитации больных раком молочной железы (РМЖ). Клинические проявления лифедемы отмечают у каждой третьей больной РМЖ с частотой 6–83%, а основными пусковыми факторами выступают операционная травма, лучевая терапия и их сочетание. Реабилитационные мероприятия целиком относятся к послеоперационному периоду, материально затратны и носят временный эффект.

Разработаны оригинальные методы интраоперационной профилактики лимфедемы у больных РМЖ в зависимости от стадии опухолевого процесса и объема предполагаемого лечения. У больных минимальным и ранним РМЖ при всех видах операций этап региональной лимфаденэктомии (ЛАЭ) осуществляют с сохранением всех возможных артериальных, венозных и нервных структур путем препарирования клетчатки подмышечной ямки вокруг сохраняемых анатомических элементов (Патент РБ № 10402). Это обеспечивает адекватность иннервации верхней конечности и резервного коллатерального кровообращения между системами полых вен. Исследование включает 209 пациенток с РМЖ 0–IIA стадий (cT0–2N0–1M0). Новая хирургическая технология использована у 179 больных основной группы. За период наблюдения (медиана 34,8±18,5 мес) выявлено 6 случаев (3,4%) лимфедемы конечности и 10 (5,6%) брахиальной плексопатии. В стратифицированной контрольной группе со стандартной методикой ЛАЭ пролечено 30 больных. Выявлено 9 случаев (30,0%) отека конечности ($p<0,05$) и 8 (26,7%) случаев плексопатии ($p<0,05$), что подтвердило среднестатистические литературные данные. Анализ результатов оценки качества жизни (КЖ) по опроснику SF-36 выявил устойчивую тенденцию: 11,4–13,6% ($p>0,05$) преобладания физических и психологических показателей КЖ у больных основной группы. Клинико-экономический анализ показал, что при внедрении новой технологии и экстраполяции полученных результатов в масштабах Республики Беларусь годовой экономический эффект по снижению затрат на реабилитацию может составить более 1 269,3 млн белорусских руб. без учета косвенных и нематериальных затрат. У больных местно-распространенным РМЖ (МРМЖ) при мастэктомии этап региональной ЛАЭ проводят ретроградно с предварительным удалением ключичной части большой грудной мышцы и ключично-грудной фасции, исключая возможность постлучевого фиброзирования последних и сдавления подключичной вены (Патент РБ № 14109). Метод апробирован на аутопсийном материале и в пилотном режиме у 10 больных МРМЖ IIIB стадии (cT4bN0–2M0). Проводится рандомизированное исследование.

Разработанные варианты модифицированной регионарной ЛАЭ у больных РМЖ являются анатомически и патогенетически обоснованными методами интраоперационной профилактики лимфедемы конечности, могут быть использованы совместно у больных с промежуточными стадиями РМЖ и имеют потенциальную экономическую значимость.

234. Неспецифічна імунотерапія при комплексному лікуванні хворих на місцево-поширений рак грудної залози

І.І. Смоланка, І.В. Досенко, О.І. Костриба, В.О. Черниш
Національний інститут раку, Київ

Дослідженням охоплено 84 хворих на місцево-поширений рак грудної залози (МП РГЗ), яким в неоад'ювантному режимі

проводили поліхіміотерапію за схемою FAC (3 курси з 3-тижневим інтервалом). 40 хворим, що увійшли в основну групу, була проведена неспецифічна імунотерапія (імуномодуляторами — поліоксидоній та бластомуніл) перед застосуванням ад'ювантної протипухлинної терапії, яка проводилася згідно із стандартами лікування. 44 пацієнтки, які отримали аналогічне лікування без застосування неспецифічної імунотерапії, включені в контрольну групу.

Використання поліоксидонію в комплексному лікуванні хворих на РГЗ справляє позитивний вплив на характеристики імунної системи: сприяє збільшенню у периферичній крові кількості природних кілерних клітин, збереженню на вихідному рівні кількості активованих лімфоцитів, зниженню відносної та абсолютної кількості CD20+-лімфоцитів, вмісту сироваткового Ig M та ЦІК, збільшенню кількості лімфоцитів, що експресують HLA DR- та CD95-антигени, запобігає виникненню лейкопенії та лімфопенії. Крім цього, дозволяє провести повний курс протипухлинного лікування без перерв, підвищує на 5% 3-річну виживаність, на 10% зменшує виникнення віддалених метастазів (p>0,05).

Застосування бластомунілу в комплексному лікуванні хворих на МП РГЗ призводить до збереження у периферичній крові хворих на вихідному рівні загальної кількості лімфоцитів, сприяє збільшенню кількості природних кілерних клітин, активованих лімфоцитів та рівня сироваткового Ig A, зменшенню концентрації ЦІК у сироватці крові.

Використання бластомунілу знижує частоту побічної дії хіміотерапії, що дозволяє провести ад'ювантну протипухлинну терапію в повному обсязі та в заплановані строки, підвищує на 9% 3-річну виживаність, на 11 міс віддаляє строки прогресування.

235. Модифицированная неоадъювантная внутриартериальная полихимиотерапия при лечении местно-распространенных форм рака грудной железы

И.И. Смоланка, О.Ф. Лигирда
Национальный институт рака, Киев

Лечение местно-распространенного рака грудной железы (МРРГЖ) является весьма актуальной и приоритетной проблемой в клинической онкологии. Цель — изучить эффективность комплексного лечения больных МРРГЖ путем использования неоадъювантной внутриартериальной полихимиотерапии (НВАПХТ) в сочетании с системным введением антрациклинов и индукторов апоптоза (препараты кальция).

В качестве неоадъювантного лечения при МРРГЖ применяли ВАПХТ по схеме CMF посредством катетеризации внутренней грудной артерии на стороне поражения. Выделены 3 группы пациенток: I — системная НПХТ по схеме CAMF (32 больные), II группа — НВАПХТ по схеме CMF в сочетании с системным введением антрациклинов (29 пациенток), III — НВАПХТ по схеме CMF в сочетании с системным введением антрациклинов и глюконата кальция (28 больных).

НВАПХТ в сочетании с системным введением антрациклинов и глюконата кальция обеспечивает достижение полной регрессии опухоли грудной железы у 28,8±8,5% пациенток III группы по сравнению с 6,3±4,3 и 6,9±4,7% у пациенток I и II групп (p<0,05). Это позволило выполнить органосохраняющее хирургическое лечение у 17,9±7,8% пациенток III группы (по сравнениюо с 3,1±3,1 и 10,3±5,7% в контрольных группах соответственно). Отдаленные результаты лечения этих больных составили: 3-летняя выживаемость — 84,5±7,3% по сравнению с больными I и II контрольных групп соответственно 72,4±9,6 и 79,1±7,6%, безрецидивная выживаемость — 69,6±13,2% и соответственно 33,4±11,8 и 68,1±6,7% (p<0,05).

Применение НВАПХТ в сочетании с системным введением антрациклинов и препаратов кальция в комплексном лечении МРРГЖ позволяет улучшить непосредственные результаты лечения и увеличить количество органосохраняющих операций.

236. Эстетическая коррекция контралатеральной грудной железы при выполнении органосохраняющих операций

И.И. Смоланка, А.А. Ляшенко, С.А. Молид
Национальный институт рака, Киев

В конце прошлого столетия произошла переоценка подходов к объему оперативного вмешательства, выполняемого по поводу рака грудной железы (РГЖ). Данные исследований свидетельствовали об отсутствии достоверной разницы в показателях безрецидивной и общей выживаемости для пациенток, прооперированных радикально и с использованием органосохраняющих методик. Органосохраняющие операции позиционировались как эстетический компромисс радикальной мастэктомии.

Однако в новом столетии вопрос отношения к грудной железе как к эстетически значимому органу для пациенток, леченных по поводу РГЖ, приобрел еще большую актуальность. Это связано главным образом с тем, что при органосохраняющем лечении нарушается симметрия парного органа, леченная железа уступает здоровой по объему, сосково-ареоллярные комплексы обеих желез расположены на разной высоте и разном расстоянии от срединной линии. Стремление женщин завуалировать факт хирургического лечения грудных желез способствовало отказу от радикальных секторальных резекций в пользу подкожных мастэктомий с одномоментным эндопротезированием.

Правильно подобранный имплант позволяет минимизировать отличия между леченной и здоровой грудной железой. Однако часть пациенток отказываются от эндопротезирования и остаются кандидатами на радикальные секторальные резекции, что не умаляет их требований к воссозданию симметричных, конгруэнтных грудных желез. Для данной группы пациенток решением проблемы может стать выполнение контралатеральной мастопексии или редукционной маммопластики.

Для коррекции контралатеральной грудной железы нами использованы методики вертикальной мастопексии, циркумареоллярной мастопексии, вертикальной редукционной маммопластики. Было выполнено 38 подобных операций. Во всех случаях достигнут косметический результат, полностью удовлетворивший пациенток.

237. Использование метода термохимиотерапии в комплексном лечении отечно-инфильтративных форм рака грудной железы

И.И. Смоланка, А.А. Ляшенко, С.А. Молид
Национальный институт рака, Киев

Отечно-инфильтративная форма рака грудной железы (ОИРГЖ) является наиболее неблагоприятной формой РГЖ. Данная форма РГЖ часто резистентна к проводимому химиолучевому лечению и является противопоказанием к выполнению оперативного вмешательства. Поэтому поиск новых путей повышения эффективности лечения ОИРГЖ весьма актуален. Нами исследована возможность использования метода радиочастотной гипертермии (РГ) при комплексном лечении ОИРГЖ.

В исследование было включено 32 пациентки с ОИРГЖ, причем с истинно отечной формой (T4d) было лишь по 3 в каждой группе, у остальных отмечали переход в отечно-инфильтративную форму (T4b). Средний возраст пациенток составил 56±8 лет. Пациенткам первой группы назначали 3 курса системной ПХТ по схеме FAC с интервалом 21 день. Через 30 мин после проведения ПХТ проводили сеанс РГ. Режим РГ создавался локальным электромагнитным излучением, генерируемым аппаратом «Магнитерм» с выходной мощностью 65 Вт и временной экспозицией 30 мин. Другой группе пациенток проводили системную ПХТ по аналогичной схеме без РГ. Параметром сравнения была динамика опухолевого процесса согласно критериям RECIST, данные клинико-рентгенологического анализа для истинно отечных форм.

Установлено, что в группе пациенток, которым выполняли ПХТ в сочетании с РГ количество частичных регрессий было на 18,7% выше, чем в группе, где пациентки получали только

ПХТ (p>0,05). Прогрессирование процесса отмечали у 12,5% пациенток группы, которым выполнялась ПХТ без РГ (p>0,05).

Использование метода термохимиотерапии позволило увеличить количество радикальных мастэктомий на 13,3% при сравнении с группой, где пациентки получали только ПХТ (p>0,05). Побочных реакций и осложнений после комплексного лечения РГЖ с использованием метода термохимиотерапии не выявляли. Говорить об отдаленных результатах преждевременно. Исследование продолжается.

238. Застосування термохіміотерапії при лікуванні хворих на місцево-поширені форми раку грудної залози

І.І. Смоланка, В.Е. Орел, С.Ю. Скляр, І.В. Досенко, О.Ф. Лигирда, В.О. Черниш, А.Д. Лобода
Національний інститут раку, Київ

Останнім часом значною проблемою стали хіміорезистентні пухлини грудної залози, особливо при місцево-поширених формах раку грудної залози (МП РГЗ). Для збільшення кількості радикальних органозберігаючих (ОЗО) та реконструктивних операцій при цих формах використовують комплекс протипухлинних системних заходів із застосуванням неоад'ювантної поліхіміотерапії (НПХТ). Одним із факторів подолання хіміорезистентності вважають радіочастотну гіпертермію (РГТ). У дослідженні використовували НПХТ на фоні помірної РГТ — магнітотермії, при якій внаслідок дії електромагнітного поля (ЕМП) ініціюється не лише помірний тепловий фактор впливу, а й дія магнітної компоненти, що знижує хіміорезистентність злоякісних пухлин.

У роботі проаналізовані безпосередні результати комплексного лікування 122 хворих на МП РГЗ IIБ–IIIA стадії. Всі хворі були рандомізовані на дві групи: хворі контрольної групи (62 пацієнтки) отримали 4 курси НПХТ за схемою FAC з інтервалом в 3 тиж. Хворим основної групи (60 пацієнток) проводили 4 курси НПХТ за схемою FAC з інтервалом у 3 тиж, на фоні РГТ, яку проводили за допомогою апарату «Магнітерм» (Україна). При проведенні сеансу РГТ аплікатор апарату розташовували у ділянці пухлини, сеанс проводили при вихідній потужності апарата 65 Вт протягом 30 хв. Під час сеансу ГТ підвищення температури шкіри у зоні дії ЕМП не перевищувало 4 °С.

Аналіз безпосередніх результатів проведеного лікування оцінювали за RECIST-критеріями. Повна регресія пухлин виявлена у 3 (5,0±2,8%) пацієнток основної групи та у 2 (3,2±2,2%) хворих контрольної групи **(p>0,05). Часткова регресія пухлини** виявлена у 29 (48,3±6,4 %) хворих основної та у 21 (33,9±6,0%) — контрольної групи (p<0,05). Стабілізацію процесу відмічено у 24 (40,0±6,3%) пацієнток основної групи, та у 34 (54,0±6,3%) в групі контролю (p<0,05). Прогресування пухлинного процесу виявлено у 4 (6,7±3,2 %) основної, та у 5 (8,1±3,5 %) контрольної групи. ОЗО були виконані у 31 хворої (51,7±6,4%) основної групи, в контрольній групі — у 23 хворих (37,1±6,1%) (p<0,05).

Встановлено, що проведення НПХТ на фоні РГТ не збільшує токсичність та не впливає на загоєння післяопераційної рани, дозволяє збільшити кількість випадків часткової регресії первинної пухлини (на 14,4%) та регресію метастатичних лімфовузлів (на 16,2%), а також проведення ОЗО (на 14,5%) та реконструктивно-відновних операцій (на 10,5%).

239. Детекція сторожового лімфатичного вузла при органозберігаючих операціях у хворих на ранній рак грудної залози

І.І. Смоланка, С.Ю. Скляр, О.І. Костриба
Національний інститут раку, Київ

Актуальною в онкомамології є проблема визначення раціонального обсягу лімфодисекції при початкових стадіях раку грудної залози (РГЗ). Проведення повної регіонарної лімфодисекції призводить до великої кількості післяопераційних ускладнень та не завжди виправдане при мінімальному РГЗ. Метою роботи стало дослідження інформативності інтраопераційного виявлення сторожового лімфовузла (СЛВ) для подальшого планування обсягу раціонального радикального оперативного втручання.

Досліджено 82 хворих на початковій стадії РГЗ (Tin situ, T1N0M0, T2N0M0), віком 39–54 роки. Для проведення інтраопераційного дослідження СЛВ було застосовано дві методики. Методика (20 хворих) сцинтиграфічної візуалізації та інтраопераційної детекції СЛВ за допомогою гамма-лічильника складалась з двох етапів. Для проведення статичної сцинтиграфії в прямій передній, бічній, і передньо-бічній (45°) проекціях мічений ^{99м}Tc нанокол (0,4 мл, активність 200–400 МБк) вводили перитуморально (підшкірно, над пухлиною). Запис сцинтиграфії проводили через 30 хв і 2 год після ін'єкції. В разі успішної візуалізації СЛВ на шкірі пацієнтки відмічали його проекцію. Через 1 добу виконували інтраопераційну детекцію СЛВ за допомогою портативного гамма-лічильника, після чого здійснювався його гістологічний експрес-контроль. Для детекції ЛВ 62 хворим під час операції було використано 1% водний розчин метиленового синього, 3 мл якого вводили навколо пухлини. Накопичення препарату в місцях розташування СЛВ відмічали через 15 хв, забарвлений ЛВ вилучали та проводили гістологічне експрес-дослідження, за результатами якого проводилась регіонарна лімфодисекція в необхідному обсязі.

Візуалізація СЛВ з використанням ^{99m}Tc-наноколу була успішною у 90%, негативна інтраопераційна детекція у 10%. У 5% з візуалізованими лімфатичними вузлами за результатами інтраопераційного гістологічного дослідження СЛВ отримано псевдонегативний результат. Ефективність методу становила 85%. При візуалізації СЛВ розчином барвника негативну детекцію виявляли у 9,7% випадків, псевдонегативних гістологічних результатів не було. Ефективність методу становила 90,3%. При застосуванні 2 методів в комплексі точність діагностики підвищувалась до 94%.

Комплексне інтраопераційне дослідження СЛВ є сучасним і ефективним методом детекції стану ЛВ, яке дозволяє визначити показання та обсяг лімфодисекції, що важливо при лікуванні початкових стадій РГЗ.

240. Використання фторпіримідинів у комплексному лікуванні хворих на резистентні форми раку грудної залози

І.І. Смоланка, С.Ю. Скляр, В.С. Іванкова, О.М. Іванкова
Національний інститут раку, Київ

Щороку в Україні у близько 16,5 тис. жінок виявляють рак грудної залози (РГЗ). З них у кожної четвертої реєструють місцево-поширені форми (МП РГЗ), при яких на першому етапі лікування доцільним є застосування хіміопроменевої терапії (ХПТ). Цитотоксична дія на пухлину при цьому підсилюється шляхом сумування загального та місцевого ефектів. У зв'язку з відносною радіорезистентністю більшості форм МП РГЗ, виникає потреба у пошуку модифікаторів, здатних підсилити променевий вплив на пухлину та усувати первинну і набуту резистентність злоякісних клітин. Одним із радіомодифікаторів є фторафур, який завдяки впливу на механізм репарації ДНК та синхронізації клітинного циклу має здатність посилювати променеву деструкцію пухлинних клітин. Мета — підвищити ефективність комплексного лікування хворих на МП РМЗ за рахунок подолання відносної хіміо- та радіорезистентності та посилення контролю над пухлиною.

У дослідження були включені 38 хворих на МП РГЗ IIБ–IIIБ стадії захворювання. 20 пацієнткам контрольної групи проведено 4 курси поліхіміотерапії за схемою FAC та курс дистанційної променевої терапії, у 18 пацієнток основної групи ХПТ була доповнена використанням радіомодифікаторів (фторпіримідинів). Застосовували цитостатичний препарат фторафур (перорально 800 мг вранці та 400 мг увечері впродовж всього курсу ХПТ), всім хворим проводили відповідну терапію супроводу.

Оцінку безпосередніх результатів лікування в групі із застосуванням радіомодифікаторів проводили за параметрами зменшення пухлини та її регіонарних метастазів (**RECIST), визначення лікувального патоморфозу та урахування ускладнень лікування. Ефект від цитостатичної терапії, згідно з даними моніторингових досліджень, був більш вираженим у хворих основної групи, котрим проводилась ХПТ на фоні фторпіримідинів. У 12 хворих (66,7%) відмічали часткову або повну регресію пухлини грудної залози. У пацієнток контрольної групи (при застосовуванні традиційної ХПТ) повна регресія не була зареєстрована в жодному випадку, часткова регресія відмічена у 8 (40%) хворих (p<0,05), прогресування процесу — у 2 (10%). Таким чином, об'єктивний ефект від проведеної радіомодифікованої променевої терапії був вірогідно кращим. Підвищення відсотку ускладнень, проявів токсичності, порушень функції печінки та нирок зафіксовано не було.

Застосування хіміопроменевої терапії у поєднанні з фторпіримідинами сприяє підсиленню циторедуктивного ефекту протипухлинної терапії та подоланню резистентності пухлин і є доцільним при лікуванні МП РГЗ.

241. Неоадъювантная полихимиотерапия в метрономном режиме при лечении местно-распространенных форм рака грудной железы

И.И. Смоланка, С.Ю. Скляр, О.Ф. Лигирда
Национальный институт рака, Киев

В настоящее время основным методом лечения местно-распространенного рака грудной железы (МР РГЖ) остается системная противоопухолевая терапия. Известно, что более 30% опухолей ГЖ химиорезистентны, что часто снижает эффективность неоадъювантного лечения. Цель исследования — повысить эффективность комплексного лечения больных МР РГЖ путем использования неоадъювантной полихимиотерапии (НПХТ) в метрономном режиме.

В качестве неоадъювантного лечения при МР РГЖ применяли НПХТ в метрономном режиме (внутривенное введение паклитаксела (80 мг/м^2 еженедельно до 4–6 курсов). Основную группу составили 42 пациентки МР РГЖ в возрасте 27–60 лет. В контрольной группе (32 пациентки) НПХТ проводили по стандартной схеме с интервалами в 21 день.

Доказано, что использование НПХТ в метрономном режиме вызывало меньшее количество токсических осложнений (миелотоксичность II–III степени по шкале CTCAE (v. 3)). Отмечено, что применение данного режима НПХТ повысило показатель объективного ответа опухоли (на 25,1% по RECIST), что увеличило возможность выполнения органосохраняющего хирургического лечения на 14,2%, а также позволило сократить сроки проведения неоадъювантного лечения с 4–6 мес до 6–8 нед.

Применение НПХТ в метрономном режиме при комплексном лечении МР РГЖ позволяет улучшить непосредственные результаты лечения, увеличить количество органосохраняющих операций, сократить сроки пребывания в стационаре, повысить качество жизни пациенток.

242. Застосування адоптивної імунотерапії в комплексному лікуванні хворих на місцево-поширений рак грудної залози

І.І. Смоланка, Ф.В. Фільчаков, С.Ю. Скляр, І.В. Досенко, К.С. Шуміліна
Національний інститут раку, Київ

Досліджено вплив адоптивної клітинної імунотерапії (АКІТ) із застосуванням аутологічних активованих лімфоїдних клітин на ефективність комплексного лікування хворих на місцево-поширений рак грудної залози (МП РГЗ). Мета дослідження — підвищити ефективність комплексного лікування хворих на МП РГЗ шляхом використання адоптивної імунотерапії.

Спостерігали 19 хворих на МП РГЗ IIIA стадії, яким у неоад'ювантному режимі проводили поліхіміотерапію (ПХТ) за схемою АС (доксорубіцин 60 мг/м^2, циклофосфамід 600 мг/м^2 — 4 курси з інтервалом в 3 тиж). Через 3 тиж після останнього курсу ПХТ виконували хірургічне лікування. В післяопераційний період була проведена адоптивна імунотерапія, що грунтувалася на введенні генерованих в системі *in vitro* аутологічних цитотоксичних лімфоцитів. Лімфоцити, виділені з регіонарних лімфовузлів, отриманих під час операції, культивували разом з аутологічними пухлинними клітинами *in vitro* протягом 7 діб за наявності низьких концентрацій рекомбінантного інтерлейкіну-2. Перед введеннням активованих лімфоцитів проводили неспецифічна імунотерапія рекомбінантним α-інтерфероном по 1·10^6 МО внутрішньом'язово, індометацин по 0,15 г *per os*, з інтервалом в 48 год. Для кращого приживлення адоптивно перенесених активованих клітин вводили внутрішньовенно рекомбінантний інтерлейкін-2 протягом 4 діб по 0,5·10^6 МО.

В результаті дослідження встановлено, що АКІТ при комплексному лікуванні хворих на МП РГЗ сприяє вірогідному збільшенню кількості кілерних клітин (ВГЛ) в крові та підвищенню ендокринної функції тимусу (за титром ТСФ). Протягом 36 міс спостереження у всіх пацієнток не виявлено місцевих рецидивів та прогресування захворювання.

Використання АКІТ за розробленим протоколом добре переноситься, сприяє зменшенню кількості післяопераційних та інфекційних ускладнень, надає можливість в повному обсязі провести комплексне лікування хворих на МП РГЗ.

243. Патология молочных желез у женщин из различных этнических популяций Крыма

В.М. Соркин, Г.С. Нор, О.В. Петрова, Б.Д. Сеферов
Крымский государственный медицинский университет, Симферополь

Одним из путей изучения патологии молочных желез (МЖ) является выявление особенностей распространенности этих заболеваний в различных этнических группах населения. Цель работы — сравнительный анализ патологии МЖ в различных этнических женских популяциях Крыма.

Распространенность различных видов патологии МЖ определяли на основании сравнительного анализа между представительницами славянской (399 женщин), татарской (97 женщин) и армянской (74 женщины) этнических популяций, обратившихся с жалобами со стороны МЖ. Диагнозы всем 570 пациенткам устанавливали с использованием маммографии, ультразвукового, а также цитологического и морфологического исследованиий.

Из 570 пациенток у 91 (15,9%) объективных признаков патологии МЖ выявлено не было. Среди остальных 479 пациенток наиболее частая патология — диффузная фиброзно-кистозная болезнь: у 39,9% славянок, у 34,0% татарок и у 27,0% армянок. Вторым по частоте видом патологии была узловая фиброзно-кистозная болезнь, которую чаще выявляли у армянок (20,3%; p<0,05). Эта патология отмечена у 13,0% славянок, у 8,2% татарок. Кисты МЖ у армянок выявляли также достоверно чаще (18,9%), чем у славянок (11,8%) и татарок (5,2%). Фиброаденомы чаще определяли у славянок (5,3%), а затем у армянок (2,7%) и татарок (2,1%). РМЖ выявили у 32 из 570 пациенток. Наиболее часто РМЖ фиксировали у армянок (6,8%), затем у славянок (6,0%), а значительно реже — у татарок (3,1%). Наиболее высокая заболеваемость РМЖ отмечена среди армянок (91,41 на 100 тыс.). В славянской женской популяции этот показатель был в 1,4 раза ниже (63,59 на 100 тыс.). Однако в 2,1 раза более низкая заболеваемость РМЖ оказалась характерной для татарской популяции (42,86 на 100 тыс. соответствующего женского населения).

Таким образом, у женщин из армянской популяции с наиболее высокой заболеваемостью РМЖ чаще, чем у представительниц других популяций с более низкой заболеваемостью, отмечают узловую фиброзно-кистозную болезнь и кисты молочных желез, что позволяет отнести к истинно предраковой именно эту патологию (коэффициент линейной корреляции Пирсона R=0,998; p=0,034).

244. Клинические особенности рака молочной железы с мутацией 15382insC *BRCA 1*

Л.И. Софрони, Н.М. Годорожа, Д.Б. Ткачук, Е.Е. Самотыя, В. Токан, А. Халаку, Л. Маланко**
Институт онкологии, Молдова
**Национальный центр общественного здравоохранения референс-лаборатория, Молдова*

Мутации высокопенетрантного гена *BRCA 1* ассоциированы прежде всего с генетическим риском рака молочной железы (РМЖ) и РЯ, однако наблюдаются и при спорадическом раке. В связи с этим представляет определенный интерес изучение клинических особенностей РМЖ с мутацией *BRCA 1* и в тех случаях, когда отсутствуют явные указания на его наследственную обусловленность. В работе использован набор реактивов для выявления мутации *BRCA 1* 5382insC методом **PCR в режиме** реального времени (Генотехнология, Россия). Генетическое исследование проведено у 65 больных РМЖ.

Мутация 15382insC *BRCA 1* выявлена у 16 (24,6%) из 65 больных. Оценивали семейный анамнез, возраст пациенток, стадию заболевания, гистологический тип опухоли, наличие сахарного диабета 2-го типа и/или метаболического синдрома. Злокачественные опухоли у кровных родственников 1-й и 2-й степени родства были выявлены у 7 из 16 обследованных больных (43, 7%) , при этом РМЖ — у 2, рак шейки матки — у 1, рак толстой кишки и рак шейки матки — у 1, рак желудка — у 1, рак других локализаций — у 2. Сахарный диабет выявляли у 6 больных (37,5%), у 5 из них — наследственный. Метаболический синдром (не менее 3 признаков из типичного симптомокомплекса) — у 10 (62,5%), клинический сахарный диабет в сочетании с метаболическими нарушениями — у 5 (31,25%).

Средний возраст в общей группе больных с мутацией 15382insC *BRCA 1* — 55,1; в сочетании РМЖ с метаболическим синдромом (10) — 51,5; с сахарным диабетом (6) — 47, 3 года. У больных с семейным раком молочной железы (2) – 60,0 и 44,0; раком шейки матки (2) — 65,0 и 54,0; раком желудка (1) — 42,0; раком толстой кишки — 65,0; раком других локализаций (2) — 55,0 и 64,0 года. Стадия заболевания у II В — 8 (50,0%), IIIA — у 3 (25,0%), III В — у 3 (25,0%) больных анализируемой группы. Морфологически у 30,8% отмечен относительно редкий (обычно до 5–10%) лобулярный тип опухоли, у 7,74 — муцинозный, хотя превалировал наиболее распространенный протоковый гистологический вариант РМЖ (61,5%).

Таким образом, так называемая горячая мутация 15382insC *BRCA 1* выявлена в нашем исследовании не только у больных с семейным РМЖ, не только при наличии злокачественных опухолей других локализаций в семье, но и в 56,3% случаев — при спорадическом раке, но в сочетании с клиническим сахарным диабетом и/или метаболическим синдромом, который расценивается как один из ключевых факторов риска РМЖ.

245. Онкопластическая хирургия в комплексном лечении рака молочной железы в КазНИИОиР

Ш.Ж. Талаева, И.Н. Ли, Б.А. Кайбуллаев, Э.У. Жандосова, З.Т. Ильянова, Е.Н. Бейсебаев
Казахский институт онкологии и радиологии

Онкопластическая хирургия молочной железы — новое направление, сочетающее базовые принципы пластической хирургии и онкохирургии с целью достижения оптимального результата в онкологическом и эстетическом аспектах. Изучено влияние реконструктивно-пластических операций на качество жизни больных раком молочной железы. С мая 2010 г. проведено оперативное лечение с одномоментной пластикой 29 больным РМЖ Т1–2N0–2M0 стадий. Двое больных без предварительного лечения, две пациентки получили комплексное лечение, 25 женщин — после проведения 4 курсов НАПХТ. Кожесберегающая мастэктомия в комбинации с имплантом была произведена 17 больным (58,6%), пластика торакодорзальным лоскутом в комбинации с имплантом была произведена 7 (24,2%) пациенткам, пластика **TRAM-лоскутом — 2 (6,9%) больным, мастэк**томия в комбинации с имплантом Becker — 3 (10,3%) женщинам. Осложнения в виде краевых некрозов ткани молочной железы и частичного отторжения импланта отмечали в 3 (10,3%) случаев (два из группы кожесберегающей мастэктомии, один при пластике торакодорзальным лоскутом). Контрольную группу составили 30 больных РМЖ Т2–3N2M0 стадиями, которым после проведения 4 курсов НАПХТ была произведена радикальная мастэктомия. Для оценки качества жизни использовали Опросник MOS SF-36. Все критерии оценивали по 10-бальной шкале, при этом в группе с пластикой молочной железы показатели PF, RE, BP, SF были (79,6±0,8), (79,5±0,9), (79,4±0,9), (79,6±0,8) баллов, показатель МН — (73,96±1,3) баллов, показатели RP, VT, GH — (59,3±0,9), (59,5±0,8), (59,4±0,9) баллов. В контрольной группе эти показатели составили (39,5±0,6), (39,4±0,7), (39,3±0,77), (39,5±0,6), (34,1±0,8), (29,4±0,7), (29,5±0,7), (29,4±0,7) баллов соответственно. Показатели критериев оказались достоверно выше в основной группе ($p<0,01$).

Выполнение реконструктивных операций позволит в значительной степени увеличить долю больных, для которых потеря молочной железы не будет сопровождаться тяжелым эмоциональным стрессом, создавая условия для максимальной адаптации.

246. Эндемический зоб как фактор прогноза возникновения предраковых и опухолевых заболеваний молочной железы в условиях йододефицита

Р.К. Тащиев[1], В.Т. Баратели[2]
[1]Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев
[2]Новоселицкая центральная районная больница Черновицкой области

Цель исследования — определить зависимость возникновения предопухолевых и опухолевых заболеваний молочной железы от заболеваний щитовидной железы.

Для решения поставленной цели было проведено обследование 100 женщин с диффузными формами зоба. Возраст женщин варьировал от 18 до 50 лет. В контрольную группу вошли 50 женщин в возрасте 18–50 лет без патологических изменений со стороны щитовидной железы. При пальпации у 62% пациенток основной группы пальпаторно определяли болезненные участки диффузного уплотнения в толще молочных желез. Чаще изменения той или иной степени выраженности отмечали в обеих молочных железах у 57 (91,9%) пациенток из 62. В контрольной группе аналогичные признаки при пальпации выявлены у 6 женщин — 12%, что свидетельствует о существенном влиянии состояния щитовидной железы на молочные железы.

При ультразвуковом, гормональном исследовании частоты пальпаторных признаков дисгормональной гиперплазии молочных желез у женщин основной группы выявлено, что с увеличением размеров щитовидной железы, а также со снижением ее функции заметно повышается частота фиброзно-кистозной болезни.

Патология щитовидной железы оказывает влияние на состояние молочных желез и является фактором, способствующим возникновению предопухолевых и опухолевых заболеваний. Частота поражения молочных желез повышается с увеличением размеров зоба. Частота дисгормональной гиперплазии у женщин с тиреоидной патологией более чем в 2 раза выше чем у здоровых пациенток.

247. Експресія молекулярних маркерів в пухлинах хворих на рак грудної залози (NF-κB, c-erbB2, ER та PR)

Д.О. Шапочка, С.П. Залєток*, М.І. Гнидюк***
**Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України, Київ*
***Івано-Франківський обласний онкологічний диспансер*

Метою даної роботи було дослідити експресію білків класичного фактора **NF-κB (p50/p65), c-erbB2, ER та PR в пухли**нах хворих на РГЗ та проаналізувати залежність між експресією цих маркерів. Дослідження проведені на 65 зразках пухлин, які

були взяті до проведення терапії. У 5 пацієнтів була встановлена I стадія, у 41 — II, у 8 — III, у 2 — IV, у 9 пацієнтів на момент проведення дослідження стадія не була встановлена. Всі пухлини відносились до інфільтруючого протокового раку різного ступеня диференціації (Grade): 6 — G1, 24 — G2, 11 — G3, в 12 пухлинах Grade не був визначений. 34 пацієнтки мали метастази в аксилярні лімфовузли, у 31 лімфовузли були інтактні.

Експресію визначали імуногістохімічним методом. Рівень експресії оцінювали за формулою визначення гетерогенності (H): *H=(3·%інтенсивно забарвлених ядер/мембран) + (2·%помірно з.я./м.) + (1·%слабо з.я./м.).*

При значеннях H>100 рівень експресії вважали високим, 50–99 — середнім і при H <50 — низьким. У хворих з G3 пухлинами виявлено нижчу експресію ER та PR (H_{ERcep}=61, H_{PRcep}=19) порівняно з G2 та G1 (H_{ERcep}=81 та 119, H_{PRcep}=62 та 79 відповідно). Зв'язку експресії досліджених маркерів з іншими клінічними характеристиками (стадія, статус лімфовузлів) не відмічали.

Для вивчення залежності між експресією маркерів ми розділили пацієнтів на 3 групи. У хворих 1-ї групи був високий рівень обох субодиниць, 2-ї — високий рівень p50, 3-ї — низький рівень обох субодиниць. Середні значення H експресії ER, PR і c-erbB2 для хворих з цих груп наведені в таблиці.

p65/p50	HER cep	HPRcep	Hc-erbB2cep
високий/високий	32,5	30,5	73,3
низький/високий	65,5	46,4	87,8
низький/низький	104,5	59,7	85

Отримані дані є підставою для подальшого вивчення цих показників, оскільки результати таких досліджень в майбутньому можуть бути корисними для вибору схем лікування, а також для прогнозу перебігу захворювання у хворих на РГЗ.

248. Клинико-биологические особенности трижды негативного рака молочной железы у больных с избыточной массой тела или ожирением

И.Б. Щепотин[1], А.С. Зотов[1], Р.В. Любота[1], Н.Ф. Аникуско[2], Л.М. Захарцева[2], И.И. Любота[2], Ю.И. Зайвелева[1]

[1]Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

[2] Городской клинический онкологический центр, Киев

Цель исследования заключалась в определении клинико-биологических особенностей трижды негативного рака молочной железы (ТН РМЖ) (не экспрессирующего ER, PR *и HER2/neu*) и их связи с массой тела больных на момент установления диагноза.

В данном ретроспективном исследовании приняли участие 100 больных с инвазивным РМЖ, проходившие радикальное лечение в 2008 г. Больных разделили на 2 группы: ТН РМЖ (n=30), НТН РМЖ (n=70) — больные с остальными морфологическими субтипами — «не трижды негативным» РМЖ (НТН РМЖ).

Таблица. Клинико-биологические особенности РМЖ

Клинико-биологические факторы	ТН РМЖ		НТН РМЖ		P
	n	%	n	%	
Индекс массы тела, кг/м²					<0,05
<25	6	20	23	33	
25–29,99	10	33	22	31	
>30	14	47	25	36	
Размер опухоли					>0,05
До 2 см	11	37	19	27	
2–5 см	17	57	49	70	
Более 5см	2	6	2	3	
Степень дифференцировки опухоли					<0,05
G1	2	6	3	4	
G2	14	47	50	71	
G3,G4	14	47	17	25	
Статус регионарных лимфоузлов					>0,05
Метастазы в ЛУ отсутствуют	11	37	34	49	
Метастазы в ЛУ	19	63	36	51	
Размер опухоли при наличии метастазов в ЛУ					<0,001
T1 (до 2 см)	8	42	6	17	
T2 (2–5 см)	10	53	27	75	
T3 (>5 см)	1	5	3	8	

Больные с трижды негативным РМЖ имеют менее дифференцированные опухоли. Метастатическое поражение регионарных лимфоузлов у женщин с ТН РМЖ при T1 размере первичной опухоли отмучают в 42% случаев.

249. Стрес та аутоагресія у хворих на рак молочної залози на етапі хірургічного лікування

І.Б. Щепотін, О.С. Зотов, О.А. Кречик

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Міський клінічний онкологічний центр, Київ

Вирішення питання успішного лікування онкологічного хворого та забезпечення оптимальної якості життя потребують вивчення психологічного компоненту захворювання та його корекції. Відсутність досвіду надання психологічної допомоги в вітчизняній онкологічній практиці не компенсується перенесенням досвіду зарубіжних онкопсихологів і викликає потребу в дослідженні та розробці власних методів психологічної підтримки хворих на РМЗ. Мета — дослідити ступінь прояву стресових реакцій та аутоагресії у хворих на РМЗ на етапах хірургічного лікування, їх залежність від обсягу оперативного втручання.

Обстежено 75 жінок віком 25–65 років, які проходили лікування в 2010–2011 рр., розподілених на 3 групи. I групу увійшли хворі на РМЗ, яким були виконані органозберігаючі операції, у II групу — хворі на РМЗ, яким була виконана радикальна мастектомія, III групу — хворі на доброякісні пухлини молочної залози, яким були виконані секторальні резекції. Методики: шкала діагностики реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна, шкала діагностики показників та форм агресії Басса — Дарки, клінічний огляд та співбесіда. Результати наведені в таблиці (в балах):

Психогенні реакції	I група (n=25)	II група (n=30)	III група (n=20)
Ситуаційна тривожність	47,9 ± 2,1	47,3 ± 2	47,2 ± 2*
Особистісна тривожність	48,4 ± 1,9	46,5 ± 2,2	47,5 ± 3,6*
Ворожість	53,5 ± 4,7	53,8 ± 2,6	45,2 ± 6,5*
Аутоагресія	73,8 ± 3,4	73,2 ± 16,1	63,5 ± 5,1*

*p<0,05 у порівнянні з I та II групами.

У 40 пацієнток із всіх обстежених виявлені ознаки гострої стресової реакції; у 51 пацієнтки виявлені ознаки розладу адаптації, 31 хвора на РМЗ, входить групу ризику розвитку посттравматичного стресового розладу. Ступінь прояву гострої стресової реакції вищий у хворих на РМЗ та не залежить від обсягу оперативного втручання.

250. Концепция выбора оперативного вмешательства у больных раком грудной железы

И.Б. Щепотин[1,2], И.И. Смоланка[1], И.Н. Мотузюк[2], О.И. Сидорчук[2], С.Ю. Скляр[1], О.Ф. Лигирда[1]

[1]Национальный институт рака, Киев

[2]Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Классификация рака грудной железы (РГЖ) и система TNM не учитывают соотношение размеров опухоли и пораженного органа, отсутствие четких рекомендаций по выбору оперативного вмешательства с учетом индивидуальных особенностей явились пусковыми моментами разработки концепции выбора хирургического лечения больных РГЖ. В основу концепции НИР заложены хирургические принципы современной онкологии и принципы реконструктивной и пластической хирургии.

Согласно концепции, если объем тканей грудной железы подлежащих удалению не превышает 25% объема железы — выполняется органосохраняющая операция на железе, при необходимости дополняемая коррекцией формы и/или размера другой железы (интраоперационная гистологическая чистота краев резекции). В случае если объем тканей грудной железы, подлежащих удалению, превышает 25% объема железы и достаточно тканей для создания донорского лоскута — мастэктомия с одномоментной реконструкцией железы аутологичными тканями, при необходимости дополняемая коррекцией другой железы. Когда объем тканей грудной железы подлежащих удалению превышает 25% объема железы, но недостаточно тканей для создания донорского

лоскута — подкожная мастэктомия с одномоментным эндопротезированием железы, дополняемая коррекцией другой железы.

С момента внедрения концепции НИР проанализировано результаты органосохраняющего и реконструктивно-пластического лечения 1199 первичных больных РГЖ в возрасте 25–65 лет (среднее значение 45±4,2 года), I–IIIA стадии. Выполнено 946 (78,9%) квадрант- или лампэктомий с регионарной лимфатической диссекцией (с выполнением репозиции сосково-ареолярного комплекса, редукционной маммопластикой), 118 (9,8%) подкожных мастэктомий с эндопротезированием, 135 (13,3%) мастэктомий с реконструкцией аутологичными лоскутами.

Таким образом, разработанный алгоритм позволяет оптимально выбрать объем оперативного вмешательства у больных РГЖ для сохранения последней с учетом индивидуальных анатомических особенностей и стадии процесса и позволяет рекомендовать их для использования в практике специализированных отделений.

251. Использование сложных комплексов аутологических тканей на реконструктивно-восстановительном этапе хирургического лечения больных раком грудной железы

И.Б. Щепотин[1,2], И.И. Смоланка[1], И.Н. Мотузюк[2], О.И. Сидорчук[2], А.А. Ляшенко[1], О.Ф. Лигирда[1], В.В. Зайчук[2]
[1]Национальный институт рака, Киев
[2]Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Радикальная онкологическая операция у больных раком молочной железы спасает жизнь больной, однако приводит к значительным косметическим дефектам, которые, в свою очередь, вызывают выраженные психологические расстройства, вплоть до суицидальных мыслей. Таким образом, воссоздание эстетически приемлемых груди становится не менее важным этапом лечения, чем радикальное вмешательство.

Нами проанализированы результаты лечения 151 больной раком грудной железы, у которых была выполнена реконструкция желез сложными комплексами собственных тканей. Средний возраст больных составил 44±3,5 года. У 122 (81%) реконструкция выполнялась одномоментно с радикальной операцией, а у 29 (19%) была отсроченной. Наиболее часто реконструкция выполнялась поперечным лоскутом на одной 125 (83%) (в том числе 27 (18%) двусторонних) или, реже, двух 13 (8,5%) прямых мышцах живота (TRAM). В 13 (8,5%) случаях использовался донорский торакодорзальный лоскут.

У 11 (7%) пациентов после реконструкции грудной железы TRAM-лоскутом на одной «ножке» послеоперационный период осложнился частичным (краевым) некрозом трансплантата. Тотальных некрозов лоскутов и прочих осложнений не отмечали. 52(34%) пациентки после восстановления железы TRAM-лоскутом оценивали эстетический эффект операции как хороший и в дальнейшем не требовали корригирующих вмешательств. У 99 (67%) пациенток возникла необходимость коррекции контралатеральной и/или реконструированной железы. Адъювантное лечение выполняли в стандартные сроки у всех больных.

Таким образом, восстановление грудных желез сложными комплексами аутологических тканей не сопровождается увеличением количества послеоперационных осложнений, однако часто требует проведение дополнительных корригирующих оперативных вмешательств.

252. Эволюция хирургического лечения больных раком грудной железы. 20-летний опыт Национального института рака

И.Б. Щепотин[1,2], И.И. Смоланка[1], И.Н. Мотузюк[2], О.И. Сидорчук[2], С.Ю. Скляр[1], О.Ф. Лигирда[1]
[1]Национальный институт рака, Киев
[2]Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Хирургический метод остается основным в комплексном лечении больных раком грудной железы (РГЖ). Подход к выбору объема операции эволюционировал от сверхрадикальных мастэктомий до органосохраняющих операций (ОСО). Выполнение стандартных операций без применения реконструктивно-пластического вмешательства приводит к неудовлетворительным эстетическим результатам, что в свою очередь значительно снижает качество жизни больных РГЖ.

До 90-х годов XX столетия в Национальном институте рака (НИР) выполнялась, как правило, радикальная мастэктомия (РМЭ). С 90-х годов начинают внедрять органосохраняющие операции, а с 2000-х годов эпизодически — отсроченные реконструктивно-пластические операции (РПО). С 2008 г. в НИР принята концепция в отношении хирургического лечения, подразумевающая воссоздание эстетически удовлетворительной по форме и объему грудной железы на этапе хирургического лечения больных РГЖ с соблюдением всех онкологических принципов.

Результатом смены хирургического подхода в лечении больных РГЖ стало увеличение количества оперативных вмешательств, уменьшение выполняемых РМЭ, увеличения количества ОСО и одномоментных РПО. Так в 2010 г. РМЭ была выполнена 298 пациенткам (40,1%), а в 2009 г. — 353 пациенткам (57%), количество ОСО в 2010 г. составило 293 случая (39,4%) в сравнении с 223 (36%) в 2009 г. Число одномоментных РПО возросло с 43 (7%) до 152 (20,5%) на фоне увеличения на 16,6% количества оперированных больных РГЖ в НИР.

Системный подход к выполнению одномоментных РПО, привел к увеличению на 16,6% числа пациентов, получивших хирургическое лечение в НИР, на 16,9% уменьшил количество РМЭ, на 3,4% больше выполнено ОСО, в 3 раза увеличилось количество одномоментных РПО. Таким образом, суммарное число ОСО и одномоментных РПО превысило на 9,9% количество выполненных РМЭ, тем самым сохранив качество жизни больных РГЖ.

253. Одномоментные реконструктивно-пластические операции как неотъемлемая составляющая современного хирургического лечения больных раком грудной железы

И.Б. Щепотин[1,2], И.И. Смоланка[1], И.Н. Мотузюк[2], О.И. Сидорчук[2], С.Ю. Скляр[1], О.Ф. Лигирда[1]
[1]Национальный институт рака, Киев
[2]Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Основной причиной запущенности у больных раком грудной железы (РГЖ) является боязнь утраты или обезображивания железы. Практически у всех пациенток, перенесших радикальную операцию, возникают психические нарушения, вплоть до возникновения суицидальных мыслей. Поэтому восстановление формы и размера грудной железы приобретает особое значение в комплексном лечении пациенток с данной патологией.

Минимизация психологической травмы возможна только при одномоментном восстановлении или коррекции обеих грудных желез. Одномоментное выполнение радикальной и реконструктивно-пластической операции позволяет сократить количество вмешательств (в том числе наркозов) до 1–2, суммарное время пребывания в стационаре, что уменьшает стрессовую нагрузку. Экономия государственных денежных средств на этапе лечения (компенсация по листам потери трудоспособности) одного пациента составляет 2500 грн. Экономия пациента на покупке экзоимплантов и специального белья в год составляет не менее 1700 грн. Пациентки, перенесшие радикальную онкологическую операцию и одномоментную РПО, как правило, не подпадают под категорию инвалидов, тем самым государство экономит не менее 8400 грн. в год на одного человека.

Преимущество одномоментных РПО над отстроченными заключается в возможности сохранения части кожи грудной железы, тем самым получаем лучшие эстетические результаты, отсутствие временного интервала пребывания пациентки без

грудной железы. Выполнение одномоментной РПО не влияет на сроки проведения адъювантной химиолучевой терапии.

Так, проведение одномоментных РПО, выполненных в Национальном институте рака за 2010 г. в количестве 152 позволил не только сохранить качество жизни данным пациенткам, а и сэкономить 1 915 200 грн. денежных средств. Поэтому выполнение одномоментных РПО является неотъемлемой экономически обоснованной составляющей современного хирургического лечения больных раком грудной железы.

254. Использование силиконовых имплантов в реконструкции грудной железы после радикальной мастэктомии

И.Б. Щепотин[1,2], И.И. Смоланка[1], И.Н. Мотузюк[2], О.И. Сидорчук[2], А.А. Ляшенко[1], О.Ф. Лигирда[1], В.В. Зайчук[2]
[1]Национальный институт рака, Киев
[2]Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Восстановление грудной железы после радикальной операции по поводу рака становится неотъемлемой частью современного комплексного лечения данной категории больных. С 1990 г., когда Toth и Glafkides, разработали концепцию подкожной мастэктомии (skin-sparing mastectomy), данная операция в сочетании с эндопротезированием доказала свою онкологическую безопасность и эстетическую состоятельность. Авторами выполнен анализ результатов выполнения одномоментных радикальных и реконструктивно-восстановительных операций у 132 первичных больных раком молочной железы в возрасте 18–69 лет. Средний возраст — 39±2,7 года. Распространение процесса соответствовало T2–3N0–2M0.

Наиболее часто выполняли подкожную мастэктомию с сохранением сосково-ареолярного комплекса (skin & nipple sparing mastectomy) — 111 (84%) случаев. У 21 (16%) пациентки выполнена подкожная мастэктомия с удалением сосково-ареолярного комплекса. У 122 (92%) пациенток имплант располагали субмускулярно, у 10 (8%) подкожно. У 84 (63,6%) пациенток одновременно выполняли корригирующие эндопротезирование контралатеральной железы разнопрофильными имплантами.

В ранний послеоперационный период осложнений не выявлено ни у одной пациентки. Средний послеоперационный койко-день составил 5,2±1,3 дня, что позволило вовремя начать проведение адъювантной терапии. У 2 пациенток в поздний период (5 и 7 мес после операции) возникло инфицирование имплантов, что потребовало их удаления. Эстетический эффект операции как «хороший» и «очень хороший» отметили 117 (88%) пациенток. За период наблюдения (медиана 28 мес) местные рецидивы возникли у 8 (6%), однако они возникли у пациенток с метастазами в регионарных лимфоузлах, что само по себе является фактором риска.

Использование силиконовых имплантов для реконструкции грудных желез у больных раком грудной железы является онкологически безопасной, эстетически адекватной методикой, что позволяет рекомендовать ее для широкого применения в повседневной медицинской практики.

255. Использование системы имплантат Беккера на реконструктивно-восстановительном этапе у больных раком грудной железы

И.Б. Щепотин[1,2], И.И. Смоланка[1], И.Н. Мотузюк[2], О.И. Сидорчук[2], А.А. Ляшенко[1], О.Ф. Лигирда[1], В.В. Зайчук[2]
[1]Национальный институт рака, Киев
[2]Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Достижение адекватного качества жизни у больных раком молочной железы невозможно без восстановления ее формы и объема. Возможности использования аутологических тканей у худощавых пациенток крайне ограничены, что заставляет хирурга использовать импланты. В то же время, не всегда есть возможность сохранения кожи из-за опухолевого поражения последней. В этих случаях обычно на первом этапе выполняется установка экспандера с последующим его замещением на постоянный имплант. Недостаток указанной методики очевиден — ее двухэтапность. Установка импланта Беккера может решить эту проблему.

Нами изучены результаты лечения 45 первичных больных раком молочной железы IIБ–IIIA стадий (T3–4N0–1M0). Все пациентки получили неоадъювантную химиотерапию по схеме FAC с дальнейшим выполнением радикальной мастэктомии. У 24 пациенток реконструкция железы выполнялась в два этапа: экспандер — имплант. У 21 устанавливалась система экспандер-имплант Беккера. Суммарное время пребывания в стационаре у пациенток первой группы составил 8±1,2 дня, а второй — 3,6±0,4 ($p<0,05$). Процент осложнений в обеих группах был равным (4%). Косметический эффект как «хороший» и «очень хороший» оценили 22 (91%) пациентки первой и 20 (95%) пациенток второй группы.

Подытоживая сказанное, мы считаем разумной альтернативой традиционной двухэтапной методике применение системы Беккера для первичной реконструкции молочной железы.

256. Сучасні аспекти планування комплексного лікування хворих на рак грудної залози

І.Б. Щепотін, І.І. Смоланка, С.Ю. Скляр, О.М. Іванкова
Національний інститут раку, Київ

Проведено аналіз та порівняння віддалених результатів лікування 6 001 хворої на рак грудної залози (РГЗ) IIA—IIIБ стадій, що отримували протипухлинну терапію у Національному інституті раку за період 1990–2009 рр. Статистичні дослідження, проведені для визначення впливу обсягу оперативних втручань на перебіг хвороби, показали, що на початкових стадіях РГЗ віддалені результати після органозберігаючих операцій не поступаються результатам після виконання класичних мастектомій, якщо такі оперативні втручання проводяться як етап комплексного лікування. Використання органозберігаючих та реконструктивних операцій у комплексному лікуванні хворих на РГЗ створює психологічну, косметичну та соціальну перевагу, підвищує якість життя прооперованих хворих, знижує показники інвалідності та підвищує кількість працездатних хворих серед радикально прооперованих. Дослідження меж резекції на наявність фокусів пухлинних клітин дозволяє здійснювати контроль за локальним поширенням процесу, раціонально визначити обсяг хірургічного втручання, що підвищує ефективність лікування. Введення в комплекс протипухлинних заходів неоад'ювантної поліхіміотерапії у хворих на місцево-поширений РГЗ дозволило підвищити частоту виконання органозберігаючих та реконструктивних операцій на 19,2%. Відсоток радикальних мастектомій поступово знижувався від 96,2% у 1990–1995 рр. до 41,5% у 2010 р. 5-річна виживаність при IIA стадії РГЗ підвищилась з 87,3 до 93,3%, при IIБ стадії — з 78,0 до 84,4%, при IIIA — з 65,3 до 77,5%, при IIIБ — з 52,9 до 64,7%.

Принципами сучасного підходу до лікування РГЗ повинні бути: рання діагностика новоутворення (бажано на стадії раку *in situ*), урахування молекулярно-біологічних особливостей пухлини в молочній залозі та прогностичних факторів для планування раціональної неоад'ювантної та адекватної ад'ювантної протипухлинної терапії, а саме, індивідуалізований підхід до комплексного лікування хворих на РГЗ; своєчасне радикальне хірургічне втручання із диференційованим вибором доступу та обсягу тканин, що видаляються, з урахуванням онкологічних принципів та обов'язковим визначенням чистоти меж резекції; оцінка необхідності застосування неоад'ювантної та можливість проведення адекватної ад'ювантної протипухлинної терапії; досягнення високої якості життя хворих за рахунок широкого впровадження органозберігаючих та реконструктивно-відновних оперативних втручань.

257. Отстроченная реконструктивно-пластическая операция у больных раком грудной железы

И.Б. Щепотин[1,2], И.И. Смоланка[1], И.Н. Мотузюк[2], О.И. Сидорчук[2], С.Ю. Скляр[1], О.Ф. Лигирда[1]
[1]*Национальный институт рака, Киев*
[2]*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев*

Раньше считалось, что выполнение первичных реконструктивных операций мешало проведению в указанные сроки специального лечения (задержка химио- и лучевой терапии) и предлагалось выполнять эти операции через определенное время (через год или несколько лет). Согласно данным J. Rowland (2006) в США до 1990 г. одномоментные реконструкции выполнялись в 38% случаев, тогда как отстроченные — в 62%, но после 2000 г. частота одномоментных реконструкций уже составила 75%, а отстроченных — 25%. Многочисленные исследования доказали, что выполнение пластических и реконструктивно-востановительных операций не связано с риском рецидивирования или прогрессирования заболевания. Многие онкохирурги в Украине по-прежнему отдают предпочтение отстроченным реконструктивно-пластическим операциям (РПО) или вообще их не выполняют. Как правило, отсроченные РПО выполняются пластическими хирургами. Трудности выполнения отстроченной РПО связаны с постлучевой атрофией кожи, мышц передней грудной стенки, нежеланием пациентки идти на повторные многоэтапные операции, большими финансовыми затратами.

В клинике Национального института рака отстроченные РПО выполнены 34 пациенткам (как правило 3–5 этапов), что составило 6,2% общего числа РПО. Выполнено 14 операций с использованием сложных комплексов аутологичных тканей, установка экспандера с последующей заменой на силиконовый имплантат в 19 случаях и в одном случае выполнена реконструкция с использованием сложных комплексов аутологичных тканей и силиконового имплантата.

Эстетические результаты оперативных вмешательств оценены пациентами как «очень хорошо» и «хорошо» в 71% случаев, в 29% случаях как удовлетворительно.

Таким образом, отстроченные РПО составляют 6,2% общего количества РПО, тяжелее добиться эстетически приемлемых результатов, предпочтение отдается выполнению одномоментных РПО.

258. Реконструктивно-восстановительные операции в лечении больных с местно-распространенным раком грудной железы

И.Б. Щепотин, И.И. Смоланка[1], И.Н. Мотузюк[2], О.И. Сидорчук[2], С.Ю. Скляр[1], О.Ф. Лигирда[1]
[1]*Национальный институт рака, Киев*
[2]*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев*

Хирургический этап комплексного лечения больных с распространенными формами рака грудной железы (РГЖ) сопровождается техническими трудностями, которые связаны с удалением всего объема опухолевой ткани при распространении на костные структуры передней грудной стенки и с закрытием раневого дефекта. Данные операции сопровождаются дефицитом кожных лоскутов, а при выполнении операции в объеме R1, R2 возникновением раннего рецидива опухоли в области послеоперационной раны.

Методика радикального лечения больных распространенным РГЖ, подразумевает широкое удаление пораженных опухолью тканей не менее 3–5 см от видимого края опухоли грудной железы и окружающих ее тканей, моноблочно с обеими грудными мышцами, регионарными лимфатическими узлами, а при необходимости — других мышечных и костных структур передней грудной стенки с последующим закрытием дефектов сложными комплексами аутологичных тканей.

За период 2007–2010 гг. согласно предложенной методике было прооперировано 15 пациенток. Оперативные вмешательства выполнялись по следующим показаниям: распад и кровотечение из опухоли, патологический перелом ребер, грудины под опухолью, после неэффективности предоперационной химиолучевой терапии. Распределение пациенток по стадиям опухолевого процесса такое: рак одной грудной железы — T4N1–2M0 — 12 пациенток, T4N2M1 — 2 пациентки, билатеральный РГЖ — T4N2M0 — 1 пациентка. У всех больных послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Всем пациенткам после выполнения хирургического лечения проводили химиолучевую терапию согласно национальным стандартам. Медиана безрецидивной выживаемости составила 13,1 мес.

Таким образом, применение методики радикального лечения в комбинации с реконструктивно-восстановительными операциями у больных распространенным РГЖ позволяет выполнить удаление опухоли в объеме R0, не возникают осложнения в послеоперационный период, позволяют получить хорошие отдаленные результаты.

259. Коррекция контралатеральной грудной железы как неотъемлемая составляющая хирургического лечения больных раком грудной железы

И.Б. Щепотин[1,2], И.И. Смоланка[1], И.Н. Мотузюк[2], О.И. Сидорчук[2], С.Ю. Скляр[1], О.Ф. Лигирда[1]
[1]*Национальный институт рака, Киев*
[2]*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев*

Радикальная онкологическая операция сопровождается удалением части или всей грудной железы, тем самым возникает несоответствие объема и формы желез. В исследовании проанализированы результаты органосохраняющего и реконструктивно-пластического лечения 1199 первичных больных раком грудной железы (РГЖ) в возрасте 25–65 лет (среднее значение 45±4,2 года), I–IIIA стадии (T1–4N0–2M0). После одностороннего вмешательства у 132 (11%) больных разница в объемах желез не превышала 15% и не требовала коррекции, однако у 683 (57%) — отмечено значительное отличие размеров, что создавало трудности в подборе белья, экзоимплантатов и т.п.

Вмешательство с коррекцией контралатеральной железы (n=375) выполнялось в объеме репозиции сосково-ареолярного комплекса, редукционной маммопластики, мастопексии или аугментации. Оценены результаты операций: после квадрантлампэктомий с коррекцией контралатеральной железы (n=107), осложнения возникли в 3,7% случаях, подкожных мастэктомий с эндопротезированием обеих желез (n=94) осложнения составили 4,3%, мастэктомии с реконструкцией обеих желез аутологичными тканями (n=29) — 6,9% осложнений.

Проводилась оценка качества жизни, выраженности болевого синдрома и эстетического эффекта вмешательства методом анкетирования в день выписки из стационара. Учитывалась субъективная оценка по шкале от «очень плохо» до «очень хорошо», которая конвертировалась в проценты. При одностороннем оперативном вмешательстве субъективно пациентками оценен эстетический эффект (эффект «хороший» и «очень хороший»), который составил 63%, а при двустороннем — 98%.

Таким образом, коррекция контралатеральной грудной железы достоверно не увеличивает количество послеоперационных осложнений, улучшает эстетический результат и является неотъемлемой составляющей хирургического лечения больных РГЖ.

260. Применение мультимодальной программы fast track surgery у больных раком грудной железы

И.Б. Щепотин[1,2], И.И. Смоланка[1], И.Н. Мотузюк[2], О.И. Сидорчук[2], К.В. Сидоренко[1], Л.С. Пап[1]
[1]*Национальный институт рака, Киев*
[2]*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев*

Современный подход к хирургическому лечению больных раком грудной железы (РГЖ) подразумевает выполнение одномоментных реконструктивно-пластических операций, корригирующих операций на контралатеральной грудной

железе, тем самым увеличивая операционную травму, длительность операции, количество послеоперационных осложнений, увеличение сроков пребывания в стационаре.

Для борьбы с указанными последствиями в Национальном институте рака была внедрена мультимодальная программа fast track surgery, состоящая из комплекса взаимосвязанных мероприятий, направленных на различные звенья патогенеза операционной травмы. Основная цель программы заключается в уменьшении послеоперационных осложнений и быстрейшей реабилитации больных. Мероприятия, входящие в fast track surgery, разделяются на предоперационные, интраоперационные и послеоперационные. Мероприятия подразумевают специальную подготовку хирургической и анестезиологической бригад, выбор оперативного вмешательства согласно концепции НИР, ведение пациентов в соответствии с лечебным протоколом. В исследовании проанализированы результаты органосохраняющего и реконструктивно-пластического лечения 1199 первичных больных раком молочной железы в возрасте 25–65 лет, I–IIIA стадии (T1–4N0–2M0). Все пациентки получили комплексное или комбинированное лечение согласно национальным стандартам в полном объеме.

Непосредственные результаты оперативных вмешательств: при одностороннем вмешательстве (n=513) осложнения отмечены в 4,2% случаев, а при двустороннем (n=375) — 4,8% случаев. Послеоперационный койко-день при одностороннем вмешательстве составил 10,8±0,3, а при двухстороннем — 10,9±0,5 дня.

Таким образом, внедрение программы fast track surgery позволило уменьшить количество осложнений, длительность пребывания пациентов в стационаре и стоимость лечения, что позволяет рекомендовать их для использования в практике специализированных отделений.

261. Использование методик реконструктивно-пластической хирургии на этапе хирургического лечения больных раком грудной железы

И.Б. Щепотин[1,2], И.И. Смоланка[1], И.Н. Мотузюк[2], О.И. Сидорчук[2], А.А. Ляшенко[1], О.Ф. Лигирда[1], В.В. Зайчук[2]

[1]Национальный институт рака, Киев

[2]Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Современные тенденции развития онкологии и хирургического лечения больных раком молочной железы, в частности, направлены на более консервативный подход к выбору объема операции. Однако принципы онкологического радикализма значительно сужают контингент пациенток, подлежащих консервативной хирургии. Использование принципов реконструктивно-пластической хирургии позволяет значительно расширить возможности органосохраняющего хирургического лечения больных раком грудной железы.

Изучены результаты органосхраняющего лечения больных раком грудной железы с применением принципов реконструктивно-пластической хирургии за период 2005–2009 гг. Всего было выполнено 114 оперативных вмешательств у больных раком грудной железы (T1–3N0–1M0) со средним возрастом 49,2±3,5 года. Наиболее часто использовали технику Clough (n=38), Batwing (n=23), Benelli (n=13), методики различных вариантов редукционной маммопластики (n=40). Обязательной процедурой было достижение гистологической чистоты краев резекции. Из-за ассиметрии желез у 74 (65%) пациентов выполняли редукционную маммопластику контралатеральной железы.

Ранние послеоперационные осложнения возникли у 6 (5,3%) пациенток, причем чаще при двустороннем вмешательстве (4(3,5%)). В 4 (3,5%) случаях отмечали длительно существующие серомы, в 2 (1,75%) — краевые некрозы лоскутов. 98(86%) пациенток отметили эстетический эффект операции как «хороший» или «очень хороший». Медиана наблюдения составила 21 мес. За этот период локальные рецидивы возникли у 5 (4,4%) пациентов, а отдаленные метастазы — у 7 (6,1%).

Таким образом, использование методик реконструктивно-пластической хирургии на этапе хирургического лечения больных раком грудной железы позволяет расширить показания к органосохраняющему лечению и улучшить эстетический исход оперативного лечения больных раком грудной железы.

262. Патология тиреоидной системы и дисгормональные гиперплазии молочных желез

Н.Ф. Щуров, Ю.Ю. Фисина, С.В. Баранчук

Запорожский государственный медицинский университет

Многими авторами изменения функциональной активности щитовидной железы рассматриваются как один из факторов участвующих в патогенетических механизмах развития гиперпластических процессов в молочной железе. Цель работы — изучение наличия связи патологии тиреоидной системы и доброкачественных образований молочной железы.

Пациенты были распределены на следующие возрастные группы: наибольшее количество случаев доброкачественных заболеваний молочных желез было выявлено в возрастной группе 40–60 лет — 58,7% общего числа женщин. В возрасте до 30 лет этот показатель был минимальным — 10,9%. Состояние молочных желез оценивали по общепринятым методам. Для изучения состояния щитовидной железы анализировали жалобы, анамнез и результаты ультразвукового исследования. Для статистического анализа данных применяли непараметрический метод — критерий Пирсона (χ^2 критерий).

В зависимости от морфологического типа гиперпластических процессов больные были распределены следующим образом: 72% (n=152) — фиброзно-кистозная мастопатия; 18,4% (n=39) — фиброаденома; 9,4% (n=20) — липома и фиболипома. Сочетанная патология щитовидной и молочных желез диагностирована у 52,6% женщин (n=111). Наиболее часто сочетанную патологию отмечали в возрасте 40–49 и 50–59 лет, 28,8 и 29,7% соответственно. У пациенток в возрасте старше 60 лет этот показатель был несколько ниже — 20,7%. Наименьшее число клинических случаев сочетанной патологии диагностировано в возрасте до 30 лет и в 30–39 лет, 8,1 и 12,6% соответственно.

При проведении статистического анализа были получены данные, подтверждающие наличие взаимосвязи между тиреоидной патологией и доброкачественными процессами в молочной железе.

Сочетанная патология молочной и щитовидной желез диагностирована у 52,6% (n=111) пациенток, включенных в исследование. Подтверждено наличие взаимосвязи патологии тиреоидной системы и доброкачественных процессов молочной железы. Для разработки профилактических мероприятий и повышения эффективности лечения пациенток с фиброзно-кистозной мастопатией актуальной является коррекция нарушений функции щитовидной железы.