

Целью настоящего исследования было изучение фенотипа опухолей РМЖ после проведенной предоперационной терапии.

Материалы и методы.

Нами исследовано 32 образца операционного материала инвазивного протокового РМЖ с признаками лечебного патоморфоза II - III ст. Материал фиксировали 10% нейтральным формалином в течение 24 ч, проводили по стандартной методике с помощью процессора STP120 ("Zeiss"), заливали в парафин, изготавливали срезы толщиной 4 мкм, которые монтировали на высокоадгезивные стекла. Демаскировку ангигена согласно инструкции к набору "HerceptTest" проводили в специализированном аппарате "PTLink" при температуре 98° в течение 40 мин. Все последующие манипуляции выполняли строго по инструкции к набору. При исследовании антител к эстрогену, прогестерону, Ki-67 использовали антитела Ready-to-Use (RTU) для демаскировки, которая осуществляется в таких же условиях, как и при использовании набора "HerceptTest".

Результаты и обсуждение.

Все пациенты распределены по возрастным группам с последующей оценкой рецепторного статуса, экспрессии белка Her2/neu, а так же пролиферативной активности (Ki-67).

Таким образом, гиперэкспрессия Her2/neu (3+) выявлена в 18,7% случаев, экспрессия Her2/neu (2+) – в 12,5%, экспрессия Her2/neu (1+) – в 25%, отсутствие экспрессии Her2/neu (0) – в 43,7% случаев. Положительная экспрессия стероидных гормонов выявлена в 21,9% случаев, положительная экспрессия эстрогенов наряду с отрицательной экспрессией прогестеронов выявлена в 21,9%, положительная экспрессия прогестеронов наряду с отрицательной экспрессией эстрогенов – в 21,9%, отсутствие экспрессии стероидных гормонов выявлено в 37,5% случаев. Пролиферативная активность выявлена в 62,5% случаев, в 37,5% случаев пролиферативная активность отсутствовала или была незначительной. Следовательно, проведение предоперационного лечения, несомненно, оказывает влияние на фенотип опухоли, однако, выявить характер этих изменений не удалось.

Неоспоримым является тот факт, что материалом для иммуногистохимического исследования должен являться операционный или биопсийный материал, включая толстоигольную биопсию, изъятый до проведения предоперационного лечения (лучевая терапия, лекарственное лечение).

Литература:

1. Завалишина Л.Э., Андреева Ю.Ю., Батаев М.В., Франк Г.А. Сравнительное иммуногистохимическое исследование Her2-статуса рака молочной железы с помощью стандартного набора "Herceptest" и антител к c-erbB-2 // Архив патологии. – 2018. – № 2. – С. 25-27.
2. Завалишина Л.Э., Андреева Ю.Ю., Рязанцева А.А., Франк Г.А. Исследование Her2-статуса рака молочной железы. Методические аспекты // Архив патологии. – 2011. – № 1. – С. 51-54.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КОСМЕТИЧЕСКОГО РЕЗУЛЬТАТА РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАКЕ

А.Г. Синяков, Ю.И. Гольдман, О.Н. Царёв

Тюменский ООД

Рак молочной железы (РМЖ) является самой частой злокачественной опухолью у женщин. За год в России регистрируется более 54 тысяч новых больных. Радикальная мастэктомия (РМЭ) ведет к тяжелому косметическому дефекту и, как следствие, к серьезной психической травме. Операции по реконструкции молочной железы после РМЭ стали широко применяться с 70-х годов прошлого века. Сегодня в ряде клиник Европы и Америки удаление молочной железы сопровождается её реконструкцией в 70-80 % случаев.

По виду применяемого пластического материала реконструкция может осуществляться:

1. Искусственными материалами (экспандер, перманентный экспандер, эндопротез).
2. Собственными тканями пациентки (чаще это торако-дорзальный или TRAM - лоскуты).
3. Комбинированным способом (одновременное применение импланта и тканевого лоскута).

По срокам проведения операция может быть одномоментной (первичная пластика) и отсроченной. Для получения удовлетворительного косметического результата может понадобиться одна или несколько операций (этапов).

В последнее время растёт качество и доступность экспандеров и эндопротезов, увеличивается их ассортимент. Операции с использованием искусственных материалов значительно менее травматичны. Они всё чаще проводятся сразу после мастэктомии, т.е. выполняется первичная пластика молочной железы. Тканевые лоскуты начинают больше применяться при комбинированных и повторных реконструкциях.

С накоплением опыта повышаются требования к эстетическому результату операции. Хирурги стремятся воссоздать физиологический птоз, подчеркнутую субмаммарную складку (СМС), соответствующую консистенцию, а также, реконструировать сосково-ареолярный комплекс. Прослеживается стремление к достижению эстетической симметрии. С этой целью проводятся вмешательства на контралатеральной молочной железе: редукционная пластика, увеличивающая пластика (аугментация), мастопексия, профилактическая мастэктомия с реконструкцией. В большинстве случаев всё это возможно только при выполнении реконструкции в несколько этапов.

Именно такая тенденция прослеживается и по результатам работы отделения онкологии № 1 Тюменского областного онкологического диспансера.

За 3 года 62 мастэктомии дополнены первичной реконструкцией молочной железы искусственными материалами. В 6 наблюдениях операция выполнялась на обеих молочных железах. У одной пациентки выявлен билатеральный рак, у второй метастаз в контралатеральную железу через 4 года после РМЭ и 1 год после двухэтапной реконструкции. Четыре операции на контралатеральной молочной железе носили профилактический характер, поскольку заболевание оказалось генетически ассоциированным. В 38 наблюдениях реконструкция выполнена в один этап. В 34 случаях использованы перманентные экспандеры «Becker-35» и в 4 эндопротезы анатомической формы.

У 24 пациенток применена двухэтапная реконструкция, когда имплантируемый при мастэктомии тканевый экспандер, заменяется через 6 и более месяцев на постоянный имплант. Ещё 8 пациенткам выполнена отсроченная реконструкция молочной железы через 2-9 лет после РМЭ. В одном случае, в связи с дефицитом тканей в реципиентной зоне, потребовалась комбинированная реконструкция с использованием экспандера и торако - дорзального лоскута. Таким образом, восстановление молочной железы в 2 этапа использовано у 32 больных. 23 из них оперированы за последние 1,5 года. Такой подход позволил в 9 случаях реконструировать СМС и воссоздать естественный птоз молочной железы, пластика соска выполнена у 2 пациенток. Аугментация контралатеральной молочной железы произведена в 18, мастопексия – в 31 случаях.

Таким образом, без учёта мастопексий, выполнено 112 операций. После них отмечено 11 осложнений. В 3 случаях имела место серома с последующим нагноением через 1-5 месяцев после имплантации, экспандеры удалены. В одном наблюдении воспалительный процесс развился вокруг выносного инъекционного порта экспандера – эндопротеза Беккера. Воспаление купировано после удаления порта, сам имплант сохранён. Один перманентный экспандер заменён на эндопротез из-за дефекта в зоне соединения его с портом. Дважды имели место гематомы после подкожной мастэктомии с эндопротезированием в раннем послеоперационном периоде. Выполнены эвакуации гематом, заживление первичным натяжением. Один перманентный экспандер «Becker-35» пришлось заменить на эндопротез ввиду развития выраженной гиперпластической капсулярной контрактуры. Ещё в 3 случаях потребовалось дополнительное дренирование сером, появившихся в раннем послеоперационном периоде вокруг экспандеров Беккера.

Выводы:

1. Многочисленными исследованиями доказано, что реконструктивно - пластические операции не препятствуют онкологическому радикализму лечения и значительно улучшают качество жизни пациенток.

2. В Тюменском ООД продолжается внедрение хирургической реабилитации больных РМЖ, имеется тенденция к достижению её менее травматичными методами.

3. С накоплением опыта повышаются требования к эстетическому результату операции. Именно этим обусловлено увеличение количества реконструкций, выполняемых в несколько этапов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОСОБА КОЛОСТОМИИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

З.М. Тойчугев, И.Г. Гатауллин, И.Р. Аглуллин

РКОД МЗ РТ, г. Казань
Казанская ГМА

Публикации последних лет свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости колоректальным раком в России [1]. Характер и объем оперативного вмешательства при раке прямой кишки зависят от локализации и распространения опухоли, осложнений опухолевого процесса и общего состояния пациентов.