

Например: представление сложных диагностических случаев на телемедицинские консультации в НИИ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко, в Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, телемедицинские конференции, проведенные совместно с ведущими специалистами института кардиологии имени А.Л. Мясникова РКНПК МЗ РФ и Института хирургии им. А.В. Вишневого РАМН.

Наиболее оснащенным сложным современным лучевым диагностическим и лечебным оборудованием, среди лечебных учреждений Челябинской области является Окружной клинический онкологический центр, которым руководит член-корр. РАМН, проф. А.В. Важенин. Под его руководством осуществлен целый ряд масштабных и уникальных научно-практических проектов совместно с Федеральным ядерным центром – ВНИИТФ РосАтома и Правительством Челябинской области. В том числе: эффективно работающий Уральский центр нейтронной терапии, первый отечественный компьютерный томограф РКТ-01, недавно построены центры позитронно-эмиссионной томографии в гг. Челябинске и Магнитогорске. В ближайшее время для фокусированного облучения любых структур человеческого мозга планируется приобретение для Окружного клинического онкологического центра установки «Кибер-нож».

Таким образом, необходимо отметить, что развитие и внедрение современных цифровых технологий оказало существенное влияние на диагностические и лечебные возможности в области патологии головного и спинного мозга. В то же время на пути развития нейрорентгенологии как в стране в целом, так и в Челябинской области в частности, лежит значительное количество технических, экономических и организационных проблем. В немалой степени успех в повышении качества диагностики заболеваний центральной нервной системы зависит от наличия квалифицированных кадров и от системы их подготовки.

СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ГЕНИТАЛИЙ: ВАРИАНТ ОРГАНИЗАЦИОННОГО РЕШЕНИЯ

*Ю.С. Сидоренко, В.Н. Касьяненко,
Н.Е. Левченко, Ю.С. Шатова*

Ростовский НИОИ

Маммология – как отдельная специальность, сформировалась не так давно. Традиционно проблемами молочной железы занимались гинеколо-

ги. При этом доброкачественные дисплазии молочных желез были прерогативой в основном гинекологов общелечебной сети, а пациентки с раком молочной железы получали специфическое лечение в специализированных стационарах, в основном, в отделениях общей онкологии. И только в 80х – 90х годах 20 столетия в структуре онкоучреждений стали появляться маммологические отделения. Молочные железы относятся к органам репродуктивной системы женского организма, а ее ткани - мишени для активного воздействия половых стероидных гормонов яичников, гормонов гипофиза и опосредованно-гормонов других эндокринных желез организма. Согласно исследованиям ряда авторов, частота сочетанной патологии молочных желез и гениталий достигает 76-97,8% (Иванова Т.Н., 2001; Радзинский В.Е., Ордынец И.М., 2003; Хасханова Л.Х., 2003; Зубкин В.И., 2004). В последние годы во всем мире отмечается неуклонный рост гормонозависимых опухолей, в том числе в репродуктивной системе. Причины сложившейся ситуации изучаются многими авторами. Однако ни у кого не остаётся сомнений в том, что лечение больных с патологией молочных желез зачастую сопряжено с необходимостью коррекции гинекологической сферы. Для решения этой задачи в ФГУ «РНИОИ Росмедтехнологий» в апреле 2009 года впервые в РФ было создано отделение Хирургии молочной железы и органов репродуктивной системы. Идея формирования такого отделения заключалась в создании условий для комплексного обследования и хирургического лечения больных с сочетанной патологией молочной железы и гениталий.

За истекший период с апреля 2009 года по август 2010 (17 месяцев) в отделении прооперировано 52 пациентки с сочетанной патологией молочной железы и гениталий, подлежащих хирургическому лечению. Средний возраст больных составил 36,8 лет. У 41 пациентки (78,8%) основным был диагноз рака молочной железы, у 11 (21,2%) – доброкачественные диспластические процессы в молочной железе: у 6 (11,5%) – фиброзно-кистозная мастопатия, узловая форма, у 1 пациентки (1,8%) – киста правой молочной железы, у 4 (7,7%) - фиброаденома молочной железы. Только у 1 пациентки был первично - множественный злокачественный процесс: рак молочной железы, стадия IIIб и саркома тела матки, стадия IIб. По характеру гинекологической патологии больные распределились следующим образом: миома матки – 31 больная (59%), железистая гиперплазия эндометрия – 5 больных (9,6%), аденомиоз – 8 больных (15,4%), киста яичника – 4 больных (7,7%). У 6 больных показанием для гинекологического этапа являлся только положи-

тельный гормональный рецепторный статус опухоли молочной железы. У 40 больных (76,9%) выполнялась симультантная операция: у 10 больных модифицированная радикальная мастэктомия по Пейти по методике отделения (РМЭ) в сочетании с надвлагалищной ампутацией матки с придатками, у 12 больных РМЭ в сочетании с пангистрэктомией, у 4 больных – РМЭ с субтотальной экстирпацией матки с придатками, у 2 больных – РМЭ с овариоэктомией, у 3 больных секторальная резекция молочной железы с надвлагалищной ампутацией матки с придатками, у 5 больных секторальная резекция молочной железы с пангистрэктомией, у 2 больных секторальная резекция с субтотальной экстирпацией матки с придатками, у 1 больной радикальная резекция молочной железы с пангистрэктомией. У 1 больной по поводу синхронного рака молочных желез, стадия IIb и стадия IIa этапом комплексного лечения выполнена одномоментная операция в объеме РМЭ справа, РМЭ слева и овариоэктомии (надвлагалищная ампутация матки была выполнена ранее). У 12 (20,1%) больных гинекологический этап выполнялся отсрочено.

Перерывы между маммологическим и гинекологическим этапами были различны. 3 больным с распадающимися опухолями молочных желез гинекологический этап выполнялся через 1 неделю, что было связано с тяжестью общего состояния больных и техническими сложностями выполнения РМЭ по Пейти. 8 пременопаузальным больным с положительным рецепторным статусом опухоли после РМЭ по Пейти параллельно с адьювантным химио-лучевым лечением назначалась гормонотерапия препаратом Золадекс. А уже после завершения всего комплексного лечения им выполнялась либо овариоэктомия, либо надвлагалищная ампутация матки с придатками. В этих случаях перерыв составил в среднем 4,3 месяца. В 1 случае больной надвлагалищная ампутация матки с придатками по поводу симптомной миомы матки была выполнена спустя 1,5 года после комплексного лечения по поводу рака левой молочной железы, стадия IIb.

Продолжительность пребывания больной в стационаре после операции также была различной. При симультантных операциях, и по поводу рака молочной железы, и по поводу доброкачественных диспластических процессах в молочной железе с сопутствующей патологии гениталий, длительность послеоперационного периода была от 7 до 19 суток и в среднем составила 11,5 кой-день.

Таким образом, наш опыт показывает целесообразность комплексного подхода к хирургическому лечению сочетанной патологии молочных желез и гениталий. Организация подобных отде-

лений позволит повысить качество комплексного обследования и лечения больных, избежать повторных операций и наркоза, перевода больных из одного профильного отделения в другое, ускорить процесс выздоровления.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТЮМЕНСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

А.Г. Синяков, П.Б. Зотов, В.В. Вишневков

Тюменский ООД

В России, как и во многих странах мира, рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости у женщин (Чиссов В.И., 2009). Масштабные научные исследования свидетельствуют, что внедрение в последние годы современных скрининговых программ во многих регионах страны способствовало повышению показателей выявления РМЖ на ранних стадиях. Это позволило увеличить долю больных, получающих комплексное лечение, повысить терапевтический эффект и снизить показатели смертности (Семиглазов В.Ф., 2003; Синяков А.Г. и соавт., 2009; Harris J., 2004 и др.).

Последующий этап динамического наблюдения женщин 3 клинической группы диспансерного учета, в отличие от первичного скрининга, не претерпел каких-либо значительных организационных изменений в течение многих десятилетий. Между тем, вопрос раннего выявления рецидива и метастазирования имеет высокую медицинскую и социальную значимость. Известно, что прогрессирование РМЖ наиболее часто проявляется гематогенным метастазированием с поражением костной системы, легких, печени и головного мозга. Своевременная диагностика симптомов вторичного поражения этих органов повышает эффективность всех методов лечения. Это ведет к снижению риска возникновения осложнений характерных для РМЖ (патологический перелом позвоночника, хронический болевой синдром и др.), и в конечном итоге улучшает показатели выживаемости, социальной адаптации и качества жизни данной категории больных (Давыдов М.И., 2008 и др.). Многочисленные научные публикации отражают самые различные аспекты этой