

ных лимфатических узлов и ряда морфологических характеристик.

Цель исследования: совершенствование стадирования рака молочной железы по критерию *N ex vivo* на основе использования современных ультразвуковых технологий.

Материал и методы.

Исследование выполнено в Башкирском республиканском клиническом онкологическом диспансере в 2008-09 годы. У 100 женщин, страдавших раком молочной железы II–III ст. проводилось детальное изучение иссеченной жировой клетчатки аксиллярной зоны. Для выделения лимфатических узлов и сосудов использовался аппарат LySonix 3000® с PulseSelect™.

Изучение современной научной литературы, касающейся стадирования рака молочной железы по критерию *N*, первый положительный клинический опыт технологии сонолипидеструкции полученные на кафедре хирургии и онкологии с курсом ИПО БГМУ (патенты на изобретения: «Способ стадирования рака *in vitro*», патент на изобретение №2333776 от 20.09.2008; «Способ лечения рака молочной железы», патент на изобретение № 2337634 от 10.11.2008; «Способ анатомического препарирования сосудисто - нервного пучка и лимфатического аппарата на свежих трупах», патент на изобретение № 2343837 от 20.01.2009 г.) позволили продолжить работу по совершенствованию послеоперационного стадирования рака молочной железы по критерию *N*.

Результаты и их обсуждение.

В литературе отсутствуют сведения о технике выполнения сонолипидеструкции для лимфатической диссекции, поэтому нами эмпирически рассмотрены 2 типа лимфатических диссекции (ЛД): 1 - от пальпируемого наиболее крупного лимфатического узла; 2 - вне зоны расположения лимфатических узлов.

Из 100 диссекции в 70 случаях был использован первый тип ЛД. Он оказался наиболее простой, технически легко выполнимый. Исследование проводится по принципу от первого узла к последующим, соблюдается анатомический принцип.

Нами проведено изучение количество лимфатических узлов, которые удалось выделить при СЛД. Данное исследование проведено на 50 комплексах, пациентов которые не получили предоперационной лучевой терапии и химиотерапии. Максимальное количество выделенных лимфатических узлов составило 35, минимальное - 3. Среднее количество колебалось в пределах 20. Но это были все лимфатические узлы, которые было возможно визуализировать. При проведении исследования важно, используя простые

приемы, определять зоны возможного метастазирования.

Выводы.

Таким образом, полученные данные показали высокую результативность технологии СЛД при стадировании рака молочной железы *ex vivo*, так как удается выделить все лимфатические узлы (100%), определить возможные пути движения лимфы за счет метастатической блокады лимфатических узлов и афферентных лимфатических сосудов, селективно производить забор материала для гистологического исследования.

Представленные данные достаточно убедительно демонстрируют новые возможности сонолипидеструкции в уточняющей диагностике и метастатического поражения лимфатических узлов при раке молочной железы. Считаем, что методика СЛД имеет круг показаний и может использоваться в клинической онкологии для стадирования рака молочной железы по критерию *N ex vivo*.

ФИБРОБРОНХОСКОПИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО III СТАДИИ

О.В. Черемисина, А.Ю. Добродеев, А.А. Завьялов, С.А. Тузилов, С.В. Миллер

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

В настоящее время хирургия рака легкого достигла высокого уровня, однако 5-летняя выживаемость больных резектабельным немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) IIIA стадии, по данным литературы, колеблется от 5 до 35%. Резервы улучшения показателей выживаемости при местнораспространенном НМРЛ связаны с разработкой и широким использованием в клинической практике методов комбинированного лечения. За последнее десятилетие появился целый ряд химиопрепаратов, применение которых в сочетании с производными платины на предоперационном этапе существенно изменило возможности комбинированного лечения НМРЛ. Предоперационная химиотерапия у больных раком легкого предъявляет повышенные требования к правильной оценке распространенности опухоли, степени ее регрессии и контролю на этапах лечения. Существующие рентгенологические методы диагностики злокачественного процесса и его динамики в процессе лечения обла-

дают ограниченными возможностями в оценке распространенности центрального рака, особенно протекающих на фоне параканкротической пневмонии и перифокального воспаления. В этой клинической ситуации дополнительным методом, позволяющим объективизировать регрессию опухоли, могут быть эндоскопические методы исследования.

Цель исследования: оценка диагностической эффективности фибробронхоскопии в определении степени опухолевого ответа на предоперационную химиотерапию у больных НМРЛ III стадии.

Материал и методы.

В исследование были включены 134 больных с морфологически верифицированным НМРЛ III стадии, которым было проведено лечение в торако-абдоминальном отделении НИИ онкологии СО РАМН.

На первом этапе комбинированного лечения больным проводилось 2 курса предоперационной химиотерапии по схеме: паклитаксел и карбоплатин в стандартных дозировках. В последующем через 3–4 недели после химиотерапии вторым этапом комбинированного лечения выполнялась радикальная операция с ИОЛТ.

Наибольшее число больных было в возрасте от 55 до 69 лет, соотношение мужчин и женщин – 8:1. Преобладал центральный рак легкого – 58,9%, периферический рак составил – 41,1%. Плоскоклеточный рак подтвержден в 60,4% случаев, аденокарцинома – 33,6%, крупноклеточный рак – 6,0%. Распределение больных по системе TNM: стадия IIIA – 89,6%, стадия IIIB – 10,4%. Объем выполненных оперативных вмешательств: пневмонэктомии – 40,3%, лобэктомии – 59,7%.

Эндоскопические исследования проводились до и после химиотерапии с целью оценки распространенности и динамики опухолевого процесса, проводилась эндоскопическая оценка, как опухолевого процесса, так и сопутствующей бронхо-легочной патологии. Для первичного процесса это – наличие экзофита в просвете бронхиального дерева (его размеры, характер образования, консистенция, фиксация к стенке бронха), степень обтурации, стеноза пораженного бронха, распространенность перибронхиальной опухолевой и перифокальной инфильтрации, для сопутствующей патологии – наличие, степень, распространенность эндобронхита, наличие врожденной патологии и доброкачественных образований в других отделах бронхиального дерева.

Результаты и обсуждение.

По данным ФБС при центральных формах рака легкого (n=79) поражение ограниченное долевым бронхом выявлено у 49,4% больных, у 50,6% больных опухоль из долевого бронха рас-

пространялась на главный бронх (поражение нижней трети главного бронха зафиксировано в 39,2% случаев, средней трети – 8,9% и верхней трети – 2,5%). В 60,8% случаев в просвете бронха определялась экзофитная опухоль и в 39,2% – перибронхиальная форма роста. У 66 (83,5%) из 79 больных выявлен стеноз пораженного бронха: I степени – 8,9%, II степени – 26,5% и III степени – 48,1%. Наличие сопутствующей патологии зафиксировано в 86% случаев, основную группу составили пациенты с эндобронхитами (75% случаев).

По данным ФБС после предоперационной химиотерапии у 45 (56,9%) из 79 больных с центральными формами рака легкого отмечается уменьшение внутрибронхиального компонента опухоли (регрессия более 50% – 49,4±5,6%, полная регрессия – 7,6±2,9%) и перибронхиальной инфильтрации (отмечено сокращение опухолевого процесса по длине на 1,2±0,3 см). Параллельно с этим происходит восстановление просвета бронхов: стеноз I степени выявлен только у 3,8% случаев, II степени – у 12,7% и III степени – у 22,8%. Кроме того, в 88,6% случаев снижается зона перифокальной воспалительной инфильтрации (по длине на 0,9±0,2 см), в 77,2% становится четким контур колец бронхиального дерева и нормализуется состояние слизистой оболочки на вышеуказанных участках. Атрофический эндобронхит остается без динамики, катаральный эндобронхит был купирован в 88% случаев и при смешанном варианте атрофический компонент остался без изменений, а катаральный купирован в 82% случаев.

Расхождение эндоскопического заключения и результатов патоморфологического исследования удаленного легкого выявлено только у 3 (4,4±2,4%) из 68 больных. Таким образом, диагностическая эффективность ФБС при центральных формах рака легкого достигает на предоперационном этапе 95,6±2,1%, что позволяет рекомендовать эндоскопические методы исследования, как обязательные для оценки распространенности и динамики опухоли после проведения химиотерапии.

Выводы.

При проведении комбинированного лечения у больных немелкоклеточным раком легкого III стадии, комплекс диагностических мероприятий по оценке результатов предоперационной химиотерапии должен обязательно включать фибробронхоскопию, как метод субъективной оценки динамики эндобронхиального компонента опухоли.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОЛСТОИГОЛЬНОЙ