

печивают улучшенный системный контроль со снижением риска рецидива.

Один из самых приятных аспектов лечения пациентов с раком молочной железы является то, что на каждой стадии процесса мы можем предложить различные варианты с разными уровнями риска и преимуществами, тем самым принимать взвешенные решения. Это является результатом обширных исследований, усилий в разработке аспектов профилактики, диагностики и лечения.

Литература:

1. Рожкова Н.И., Харченко В.П. Лучевая диагностика заболеваний молочной железы, лечение и реабилитация. Выпуск 3: Лучевая синдромная диагностика заболеваний молочной железы. – М.: Фирма СТРОМ, 2000. – 166 с.
2. Рожкова Н.И. Рентгендиагностика заболеваний молочной железы. – М.: М, 1993. – 224 с.
3. Синяков А.Г., Зотов П.Б., Ральченко С.А., Вшивков В.В. Онкологическая ситуация в Тюменской области: проблемы и перспективы // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 1. – С. 3-6.
4. Турунцева А.А. Эпидемиология рака молочной железы в Тюменской области (без автономных округов) за период с 2001 по 2011 гг. // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 24-25.
5. Харченко В.П., Рожкова Н.И., Прокопенко С.П. Интервенционная сонография молочной железы // Мат. к сб. тезисов конференции «Состояние, перспективы развития маммологической службы РФ и роль общественных организаций». – М.: М, 2005. – С. 87-88.
6. Ikeda N., Miyoshi Y., Motomura K. and al. Prognostic significance of occult bone marrow micrometastases of breast cancer detected by quantitative polymerase chain reaction for cytokeratin 19 mRNA // Jpn. J. Cancer Res. – 2000. – № 91. – P. 918-924.
7. Weinberg R.A. The biology of cancer // New-York: Garland Science, 2007. – 57 с.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ

О.Н. Царёв, Ю.И. Гольдман, И.М. Казыева

Тюменский ООД, Тюмень

Рак молочной железы (РМЖ) является самой частой злокачественной опухолью у женщин [7, 11]. Ежегодно в России регистрируется более 54 тысяч новых больных [9]. Для выполнения органосохраняющей операции – радикальной резекции молочной железы (РР) необходимо наличие нескольких условий, которые мы находим сегодня не более чем у 30% пациенток.

Радикальная мастэктомия (РМЭ) ведет к тягелому косметическому дефекту и, как следствие, к серьезной психической травме. Иногда страх потерять молочную железу оказывается сильнее страха перед самой болезнью и заставляет пациентку отказываться от радикального лечения. Психотерапия и применение наружного протезирования не устраняют всех проблем [6]. И только реконструктивно – пластические операции по восстановлению утраченной молочной железы и ликвидации физического дефекта позволяют наиболее полно решить имеющиеся проблемы и говорить о достойной реабилитации онкологической больной. Достижение хорошего косметического эффекта и эстетической симметрии молочных желёз требует выполнения операции на реконструируемой железе в 2–3 этапа и, в большинстве случаев, коррекции объёма и формы контралатеральной молочной железы. Именно такой подход позволяет улучшить качество жизни наших пациенток, что является одной из приоритетных задач онкологии на современном этапе [10].

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 [1, 2, 5].

Реконструкция может осуществляться искусственными материалами (экспандер, перманентный экспандер, эндопротез), тканевыми лоскутами (чаще торако-дорзальным или ректо-абдоминальным), а также комбинированным способом, когда одновременно используются имплант и тканевый лоскут. По срокам проведения операция может быть одномоментной (первичная пластика) или отсроченной [3, 4].

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 молочной железы, а также, реконструировать сосково-ареоларный комплекс. На контралатеральной

молочной железе выполняются: редукционная пластика, увеличивающая пластика (аугментация), мастопексия, профилактическая мастэктомия с реконструкцией [8, 12, 13].

За 3 года в отделении онкологии № 1 Тюменского областного онкологического диспансера 81 мастэктомия дополнена первичной реконструкцией молочной железы искусственными материалами. В 8 наблюдениях операция выполнялась на обеих молочных железах. У двух пациенток выявлен билатеральный рак, у одной метастаз в контралатеральную железу через 4 года после РМЭ и 1 год после двухэтапной реконструкции. Пять операций на контралатеральной молочной железе носили профилактический характер, поскольку заболевание оказалось генетически ассоциированным. В 39 наблюдениях реконструкция выполнена в один этап. В 35 случаях использованы перманентные экспандеры «Becker-35» и в 4 эндопротезы анатомической формы. В 42 случаях применена двухэтапная реконструкция, когда имплантируемый при мастэктомии тканевый экспандер, заменяется через 6 и более месяцев на постоянный имплант. Ещё 12 пациенткам выполнена отсроченная двухэтапная реконструкция молочной железы через 1–10 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 в 54 наблюдениях. Такой подход позволил в 16 случаях реконструировать СМС и воссоздать естественный птоз молочной железы, пластика соска выполнена у 3 пациенток. В 2013 году в отделении внедрено применение липофилинга, т.е. появилась возможность переноса жировой ткани в проблемные зоны рубца после мастэктомии и достижения максимального эстетического результата.

Аугментация контралатеральной молочной железы произведена в 19 случаях, мастопексия и редукционная пластика в 39.

Таким образом, без учёта мастопексий, выполнено 128 операций. После них отмечено 10 осложнений. В 2 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 заме-

нён на эндопротез из-за дефекта в зоне соединения его с портом. Трижды 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 2 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.

Литература:

1. Аско – Сельяваара С., Смиттен К. Каким способом реконструировать грудь желающим этого // *Анналы пласт. реконст. эстетич. хирургии.* – 1997. – № 3. – С. 42-51.
2. Блохин С.Н., Портной С.М., Лактионов К.П. Реконструкция молочной железы при злокачественных опухолях // *Herald – IAPFO.* – 2000. – № 1. – С. 11-14.
3. Боровиков А.М. «Восстановление груди после мастэктомии». – М., 2000. – 96 с.
4. Демидов В.П., Пак Д.Д. «Одномоментные реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы». Метод. рекомендации. – М., 1999. – 14с.
5. Васильев С.А. «Пластическая хирургия в онкологии». – Челябинская ГМА, 2002. – 260 с.
6. Ишанходжаев А.У., Алимов У.Х. Психические расстройства на этапе хирургического лечения при РМЖ // *Академический журнал Западной Сибири.* – 2012. – № 4. – С. 37-38.
7. Коробкова Т.Н. Показатели онкопомощи больным РМЖ в Амурской области за период с 2007 по 2011 г. // *Тюменский медицинский журнал.* – 2012. – № 4. – С. 19-20.
8. Митиш Е.В., Миланов Н.О., Старцева О.И. Диагностика осложнений после увеличивающей маммопластики и их хирургическая верификация // *Академический журнал Западной Сибири.* – 2013. – Том 9, № 5. – С. 31-32.
9. Состояние онкологической помощи населению России в 2009 году / под ред. Чиссова В.И., Старинского В.В., Петровой Г.В. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2010. – 196 с.

10. Стрижаков Г.Н., Демаков А.Н., Корчагин Е.В. Реконструктивная и органосохраняющая хирургия рака молочной железы // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 3-4. – С. 90-91.
11. Турунцева А.А. Эпидемиология рака молочной железы в Тюменской области (без автономных округов) за период с 2001 по 2011 гг. // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 24-25.
12. Шаповал Е.В., Овчинников Д.В., Римденко Г.В. Восстановление ареолы при хирургическом лечении рака молочной железы центральной локализации // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 1. – С. 28-29.
13. Шаповал Е.В., Овчинников Д.В., Римденко Г.В. Методики первичной маммопластики у больных операбельным раком молочной железы // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 2. – С. 17-18.

РАЗНОЕ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЙОДТЕРАПИИ ТИРЕОТОКСИКОЗА

В.Г. Елишев, Н.В. Аверина, Т.И. Шабалина

Тюменский ООД, г. Тюмень

Механизм действия радиоактивного йода (^{131}I) при диффузном токсическом зобе заключается в том, что он накапливается в щитовидной железе, излучает β -частицы, которые ее разру-

шают, и продукция тиреоидных гормонов снижается.

Радиойодтерапия – оптимальный из трех возможных методов лечения больных диффузным токсическим зобом (табл. 1).

Показания к лечению диффузного токсического зоба радиоактивным йодом:

- диффузный токсический зоб с тиреотоксикозом средней степени тяжести и тяжелым при отсутствии эффекта от длительного лечения антитиреоидными средствами;

- наличие сопутствующих заболеваний (инфаркт миокарда, недавно перенесенный инсульт, гипертонический криз и др.), когда оперативное лечение невозможно, а медикаментозное лечение неэффективно;

- рецидивы диффузного токсического зоба после оперативного лечения при отсутствии эффекта от правильно проведенной антитиреоидной терапии;

- категорический отказ от операции при отсутствии эффекта от правильно проведенной медикаментозной терапии.

Цель лечения: достижение гипотиреоза.

Методика лечения: за 3-6 дней до лечения проводится отмена тиреостатических препаратов; дозу радиоактивного йода назначают в зависимости от клиники и выраженности тиреотоксикоза.

Таблица 1

Показатель	Медикаментозный	хирургический	радиойодтерапия
эффективность	15-20%	80-90%	90-95%
длительность		2-3 недели	2-3 дня
осложнения	Часто	Опасные, тяжелые	Легкие, редкие

Опасности и осложнения при лечении радиоактивным йодом:

- гипотиреоз (профилактикой гипотиреоза можно считать дробный метод лечения радиоактивным йодом);

- тиреотоксический криз (возникает потому, что щитовидная железа под влиянием радиоактивного йода повреждается и кровь поступает сразу большое число тиреоидных гормонов); для профилактики тиреотоксического криза необходимо до назначения радиоактивного йода добиться эутиреоидного состояния антитиреоидными средствами, установить поддерживающую дозу и на фоне эутиреоза дать радиоактивный йод, после чего продолжить прием поддержи-

вающей дозы мерказолила в течение нескольких месяцев.

Противопоказания к лечению радиоактивным йодом: беременность и лактация.

В радиологическом отделении №3 Тюменского областного онкологического диспансера за период с 02.12.12 г. по 30.10.13 г. всего пролечено 62 человека. Все пациенты направлены в состоянии медицинской компенсации после отборочной врачебной комиссии эндокринологов. Критериями отбора были: тяжелое рецидивирующее течение тиреотоксикоза, увеличение объемов железы в динамике на фоне приема тиреостатиков. У некоторых пациентов – сложная сердечно - сосудистая патология, отказ или невозможность проведения оперативного лечения.