

3. Камчатова Н. А. Комплексное лечение больных раком молочной железы с метастазами в кости: дисс. к.м.н. / Н. А. Камчатова. — М., 1980. — 170 с.

4. Модников О. П. Костные метастазы рака молочной железы (патогенез, клиника, диагностика и лечение). / О. П. Модников, Г. А. Новиков, В. В. Родионов. — М., 2001. — 256 с.

5. Рак молочной железы. Микрометастазы в костный мозг. / О. В. Крохина [и др.] // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина — 2002. — № 3. — С. 15-20.

6. Coleman R. E. The clinical course of bone metastases from breast cancer. / R. E. Coleman, R. D. Rubens // Brit. J. Cancer. — 1987. — Vol. 55. — P. 61-66.

7. Diel I. J. Bisphosphonates in the antioestrogenic therapy of metastatic breast cancer. / I. J. Diel, E. F. Solomayer // Zentralbl. Gynakol. — 1996. — Vol. 118. — P. 1-5.

8. Hoskin P. J. Scientific and clinical aspects of radiotherapy in the relief of bone pain. / P. J. Hoskin // Cancer Survveys. — 1988. — Vol. 7. — P. 69-86.

9. Funke I. Meta-Analyses of Studies on Bone Marrow Micrometastases: An Independent Prognostic Impact Remains to Be Substantiated. / I. Funke, W. Schraut // J. Clin. Oncol. — 1998. — Vol. 16. — P. 557-566.

10. Redding W. H. Detection of micrometastases in patients with primary breast cancer. / W. H. Redding, R. C. Coombes, P. Monaghan // Lancet. — 1983. — Vol. 2. — P. 271-274.

11. Ridell B., Landys K. Incidence and histopathology of metastases of mammary carcinoma in biopsies from the posterior iliac creast. / B. Ridell, K. Landys // Cancer. — 1979. — Vol. 44. — P. 1782-1788.

Хирургическая реабилитация больных раком молочной железы

Р. И. КОЧЕТКОВ, С. В. КОЗЛОВ, В. Н. САВЕЛЬЕВ, А. Н. КУЛЬКА.
Самарский областной онкологический диспансер.

На современном этапе в практической онкологии стали широко использоваться методы пластической хирургии, позволяющие восстанавливать значительные деформации тканей, возникшие в результате радикального удаления опухоли. Это особенно важно у больных раком молочной железы (РМЖ), так как полная или частичная потеря органа кроме физических нарушений приводит к развитию тяжелых психоэмоциональных синдромов, значительно ухудшающих качество жизни пациентов.

Цель работы: реабилитация больных раком молочной железы путем выполнения реконструктивно-пластических операций (РПО).

В основу данной работы легли результаты реконструктивно-пластических операций у 67 больных РМЖ, получавших комплексное и комбинированное лечение в областном онкологическом диспансере в период 1998-2004 гг.

Выбор способа реконструкции молочной железы зависел от плана онкологического лечения, конституционально-физиологических особенностей пациенток (объем молочных желез, выраженность птоза, развитие подкожно-жировой клетчатки, наличие послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке и т.д.).

Восстановление молочной железы нижним эпигастральным кожно-подкожно-мышечным (ТРАМ) лоскутом на контрлатеральной мышечной ножке произведено у 17 больных (у 15 — одновременно с мастэктомией, из них у 7 после кожно-сберегающего варианта, у 2 пациенток — отсроченно, спустя 2 и 4 года после мастэктомии). У 5 пациенток после радикальной резекции молочной железы и у 1 после мастэктомии был использован торакодорзальный лоскут (ТДЛ). Расщепленный лоскут,

взятый по оригинальной методике (заявка на патент № 98109535 от 12.05.1998) из противоположной молочной железы, применялся в случае значительных размеров последней (7 пациенток). Это, помимо восстановления объема утраченной железы, позволяло провести одновременную коррекцию контрлатеральной молочной железы. В случае невозможности выполнения реконструкции молочной железы собственными тканями коррекция мастэктомического дефекта осуществлялась путем установки экспандера с последующей заменой его на эндопротез.

Распределение больных по способу пластики молочной железы, количеству, стадии РМЖ, методам неoadьювантного, адьювантного лечения представлены в таблице 1.

Предоперационная подготовка включала назначение препаратов, улучшающих микроциркуляцию, реологические свойства крови и коррекцию сопутствующей патологии. Накануне операции в случае использования ТРАМ-лоскута производился забор аутокрови в объеме до 500 мл.

Разметку и забор лоскутов производился по стандартной методике с обязательным восстановлением ретромаммарной складки. Дефект в апоневрозе прямой мышцы живота ушивали отдельными узловыми швами. У 6 последних пациенток производилась комбинированная пластика апоневроза передней брюшной стенки по методике, разработанной в отделении (суть методики в выкраивании П-образного лоскута из переднего листка апоневроза контрлатеральной прямой мышцы живота, последующем его перемещении, вшивании в зону дефекта и укреплении поверх полипропиленовой сетки). Стремление уменьшить возможные осложнения химиолучевого лечения и улучшить кровоснабжение ТРАМ-лоскута на мышечной ножке привело к созданию способа лечения рака молочной железы, заключающегося в перевязке нижних эпигастральных сосудов до неoadьювантного химиолучевого лечения и выполнении реконструктивной операции через 21-28 дней одновременно с мастэктомией. Для сокращения времени оперативного вмешательства проводилось двумя бригадами.

В послеоперационном периоде в течение 1-2 суток назначали постельный режим, инфузионную терапию дезагрегантами до 5 суток, антибиотики широкого спектра действия. Дренажи из брюшной стенки удаляли на 3-4-е сутки, из грудной стенки — по мере уменьшения лимфодеи. Ежедневно осуществлялся визуальный и УЗИ (по показаниям) контроль за состоянием лоскута. УЗИ-критериями жизнеспособности лоскута считаем наличие сохраненной архитектоники тканей, прослеживаемый кровоток в режиме доплер-сканирования, отсутствие инфильтрации лоскута или образования в нем полостей.

Эндопротезирование («Eurosilicon, McGhan, Mentor») выполнялось по стандартным методикам

Таблица 1
Распределение больных по способу пластики, количеству, стадии РМЖ, методам неoadьювантного, адьювантного лечения

Способ пластики	Кол-во	Стадия	Неoadьювантное		Адьювантное	
			ДГТ	ПХТ	ДГТ	ПХТ
Аутогтрансплантат						
ТРАМ-лоскут						
1. На мышечной ножке	17	T1-3N0-2	15	4		16
2. Свободный	3	T1-2N0-1	2	1		2
Торакодорзальный лоскут (ТДЛ)	6	T1-2N0-1			5	3
Лоскут из контрлатеральной молочной железы	5	T1-2N0-2	5	2		5
Аллогтрансплантат						
Экспандер + эндопротез	8	T1-2N0-1	4	1		2
Комбинированный						
ТДЛ с эндопротезом	28	T1-2N0-1	17	3		19

(8 пациенток после кожно-сберегающей мастэктомии, 28 пациенток в комбинации с ТДЛ лоскутом).

Полученные результаты и их обсуждение

Наши наблюдения показали, что при формировании молочной железы ТРАМ-лоскутом на мышечной ножке из-за особенностей кровоснабжения возникает необходимость резекции до 30-45% от его первоначального объема за счет 3, 4-х зон. В случае свободного ТРАМ-лоскута, ТДЛ или расщепленного лоскута из контрлатеральной молочной железы возможно безопасное использование всего объема аутотрансплантата. Об адекватности кровоснабжения лоскута судили по цвету трансплантата, характеру капиллярного кровотечения, «пальцевой» пробе.

В раннем послеоперационном периоде у всех больных лоскуты жизнеспособны (частичный некроз лоскута возник у 3 больных после реконструкции молочной железы ТРАМ-лоскутом на мышечной ножке и у 1 больной после восстановления молоч-

ной железы лоскутом из контрлатеральной молочной железы). У 2 пациенток — нагноение абдоминальной раны на ограниченном участке, причина которых в возникшем при ушивании натяжении.

В отдаленные сроки (до 7,5 года) осложнения в виде частичного липосклероза после использования методик аутотрансплантации выявлены у 5 больных, у 1 больной — умеренная слабость передней брюшной стенки в виде ее пролабирования при значительной физической нагрузке. Случаев выраженной капсулярной контрактуры (IV степени) после эндопротезирования не зафиксировано. Эстетические результаты оценены нами как отличные у 39, хорошие — у 18, удовлетворительные — у 10. Все женщины были довольны полученными результатами, продолжают работать по специальности.

Таким образом, использование методов пластической хирургии у больных РМЖ на различных этапах комплексного и комбинированного лечения позволило получить хорошие результаты и повысить качество жизни пациенток.

Обеспечение гарантии качества лучевого лечения при первичных опухолях головного мозга

Ю. С. МАРДЫНСКИЙ, Г. Т. КУДРЯВЦЕВА, Т. Н. БОРИСОВА.
Медицинский научный радиологический центр РАМН, г. Обнинск.

Первичные опухоли центральной нервной системы составляют 1,4% от всех злокачественных опухолей и 2,4% от онкологической летальности. Несмотря на небольшую частоту встречаемости они представляют собой сложную клиническую ситуацию и составляют важный раздел современной онкологии. По некоторым аспектам подходы к ведению таких больных широко варьируют.

Под оптимальным лечением на современном этапе подразумевается использование лучевой и/или химиотерапии после удаления опухоли. С целью обеспечения комплексного подхода к лечению больных со злокачественными глиомами необходимо соблюдение преемственности специалистов с формированием «нейроонкологической команды» с участием нейрохирургов и радиологов. Частая радикальность оперативного вмешательства из-за локализации опухоли и в виду ее мультицентричного роста, сложности эффективного цитостатического лечения, а также относительная радиорезистентность глиальных опухолей, обуславливают дальнейший поиск путей повышения оптимизации существующих методов лечения, исходя из концепции перспективности синергизма системного и локального подходов. Дистанционная лучевая терапия является основным компонентом лечения для большинства пациентов с глиомами. Использование лучевого метода лечения в нейроонкологии должно отвечать обязательным требованиям современной лучевой терапии: конформность облучения и обеспечение гарантии качества лучевой терапии.

На базе радиологического отделения клиники МРНЦ РАМН с 1998 года проводилось лечение более чем 50 пациентам, страдающим опухолями интракраниальной локализации. У всех больных до начала лучевого лечения диагноз был верифицирован морфологически. В большинстве случаев (89%) выявлялись глиальные опухоли — глиобластомы, астроцитомы различной степени злокачественности.

Использование лучевого метода лечения в нейроонкологии должно отвечать обязательным требованиям современной лучевой терапии: конформность облучения и обеспечение гарантии качества лучевой терапии.

Лучевая терапия в рамках программы комплексного лечения проводилась 50 пациентам после оперативных вмешательств различных объемов в сроки от 2 до 6 недель после операции. Только 2 больным лучевая терапия проводилась в качестве самостоятельного куративного метода без оперативного удаления опухоли из-за явной неоперабельности и отказа пациента от операции. В плане предлучевой подготовки разработан алгоритм

мероприятий, позволяющий обеспечить максимально возможное соответствие 85-90% изодозы объему мишени и минимизацию дозы на окружающие интактные ткани, т.е. конформность облучения. Известно влияние клинических факторов прогноза на эффективность терапии, поэтому на докуративном этапе проводилось общеклиническое обследование больных с оценкой неврологического статуса и осмотром глазного дна. Это позволяет рекомендовать адекватную сопутствующую терапию, что в итоге сказывается на эффективности лечения.

Известно, что успех лучевой терапии на 25% зависит от адекватного планирования облучения и точного воспроизведения, поэтому анатомотопографическое определение мишени в данных случаях является важнейшим звеном предлучевой подготовки. Разметка больных и получение топографо-анатомических срезов на уровне поражения в 87% случаев осуществлялись с использованием компьютерной томографии (КТ) головного мозга с контрастным усилением или без него, что позволяет уже в процессе диагностической процедуры совместно с врачом-рентгенологом определить объем мишени облучения. В последствии это дает возможность провести оценку окончательных результатов лечения, что необходимо для соблюдения условий гарантии качества лучевой терапии.

В объем мишени облучения включались: зона остаточной опухоли («масс-эффект»), послеоперационные изменения, зона перифокального отека и прилежащие ткани в пределах 2,5-3 см.

План облучения формировался с использованием компьютерной (в том числе трехмерной) системы планирования. Использование фиксирующих устройств, лазерных центраторов позволяет достигать точности последующих укладок пациентов. Облучение в большинстве случаев проводилось на линейном ускорителе Phillips SL-20 или SL-75-5 с эмиссией фотонов 6 Мэв по методике мультифракционирования и ускоренного мультифракционирования до СОД от 56 до 64 Гр, с учетом стандартов лечения глиальных опухолей.

С 1999 г. параллельно с лучевым лечением начали проводить химиотерапию. На сегодняшний день попытки химиотерапии вне клинических исследований не очень упорядочены, но направлены на применение максимальных возможностей для воздействия на опухоль. Режим PCV (прокарбазин, кармустин, винкристин) с 90-х годов признан стандартом в лечении анапластических глиом. Эффективность современных производных нитрозомочевины объясняется их большой липофильностью, легким проникновением в клетки и через гематоэнцефаличе-