

результатов органосохраняющих и реконструктивных операций при раке молочной железы.

Материал и методы.

В исследование вошли 76 женщин в возрасте от 19 до 72 лет, которым выполнены органосохраняющие и реконструктивные операции при раке молочной железы в онкологическом диспансере с 2000г по 2010г. Средний возраст составил 45 лет.

Отдаленные результаты оценивались по функции выживания при помощи программы StatSoft v.6 for Windows.

Результаты и обсуждение.

Все пациентки оперированы в хирургических отделениях онкодиспансера. Показаниями к органосохраняющему лечению были: размер опухоли до 3см, локализация в наружных квадрантах, отсутствие мультифокального роста. При выполнении радикальной резекции обязательно выполнялось срочное гистологическое исследование опухоли, морфологический контроль «чистоты краев операционной раны» и лимфодиссекция регионарных лимфоузлов. Выполнены 3 одномоментных и одна отсроченная реконструкция молочных желез у пациенток с IIIA ($T_3N_2M_0$), IIB ($T_2N_1M_0$), IIA ($T_2N_0M_0$), I ($T_1N_0M_0$) стадиями соответственно. Все реконструкции выполнены ТРАМ-лоскутом на одной питающей ножке прямой мышцы живота. Показанием к данному виду хирургии было желание пациенток восстановить молочную железу при общем их удовлетворительном состоянии.

Гистологическое исследование операционного материала позволило установить у 42 (55,3%) инфильтративный протоковый рак, в 30 (39,4%) инфильтративный дольковый рак и в 4 (5,3%) папиллярный рак. Распространенность лимфогенного метастазирования определяли при морфологическом исследовании лимфоузлов после интраоперационной маркировки их по уровням. Распределение по стадиям в группе с органосохраняющими операциями было следующим: $T_1N_0M_0$ - 16 случаев (21%), $T_2N_0M_0$ - 17 (22,4%), $T_1N_1M_0$ - 9 (11,8%), $T_2N_1M_0$ - 18 (23,7%), $T_1N_2M_0$ - 2 (2,6%), $T_2N_2M_0$ - 4 (5,3%), $T_2N_3M_0$ - 4 (5,3%), $T_3N_1M_0$ - 2 (2,6%).

Таким образом, более чем у половины пациенток (53,9%) отмечалось метастатическое поражение лимфоузлов. Послеоперационной летальности не было. В раннем послеоперационном периоде в группе органосохраняющих операций осложнений не отмечалось. В одном случае одномоментной реконструкции наблюдался частичный краевой некроз лоскута незначительных размеров, не влияющий на результаты реконструкции в целом. В отдаленном периоде мы наблюдали 3 случая лимфатического отека верхней

конечности разной степени выраженности. После операции все пациентки анкетированы психологом. 68 из них (89,5%) оценили косметические результаты операции как хорошие, 8 (10,5%) как удовлетворительные. Реконструктивные операции во всех случаях двухэтапные (восстановление сосково-ареолярного комплекса, коррекция формы и объема на стороне операции и коррекцияптоза здоровой железы).

Две женщины выбыли из исследования в связи со сменой места жительства. За время наблюдения 1 местный рецидив с бурным прогрессированием на фоне химиотерапии через 3 года после лечения. У двух пациенток диагностировано отдаленное метастазирование (у одной метастазы в кости таза, у другой в головной мозг). Обе получают химиотерапию с клинической стабилизацией процесса. Актуарная 5-ти летняя выживаемость вычислялась по методу Каплана-Мейера и составила 96,05 %.

Закключение.

Ранняя диагностика рака молочной железы позволяет осуществлять внедрение органосохраняющих операций без влияния на безрецидивную и общую выживаемость, и сокращать частоту выполнения радикальных мастэктомий.

Актуальным становится выполнение реконструктивно-пластических операций при удалении молочной железы, преимущественно одномоментных, позволяющие начинать реабилитацию этой группы пациенток на первых этапах лечения.

РАЗНОЕ

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА РОЖИСТОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

П.Б. Зотов, М.М. Наумов, Л.Ф. Чернецова

Тюменский ООД
Тюменская ГМА

Стрептококковая инфекция (рожа) является достаточно распространенной в общей популяции и обычно регистрируется у женщин, в старших возрастных группах. Традиционная локализация дермальных изменений: лицо и нижние конечности. Примерно 1/3 составляют пациенты с рецидивирующим течением заболевания.

Целью настоящего исследования была оценка особенностей локализации и течения ро-

жи у 178 больных распространенным раком молочной железы.

Результаты исследования. Анализ клинических форм рожки по типу кожных изменений показал, что среди исследуемых женщин преобладали эритематозная (48,9%) и эритематозно-геморрагическая формы (41,6%). В подавляющем большинстве случаев (81,5%) наблюдалось рецидивирующее течение заболевания. При этом средняя длительность безрецидивного периода рожки у составила 1,2 месяца.

У всех исследуемых больных основные дермальные изменения располагались на стороне опухолевого поражения с вовлечением кожи руки и / или верхнего плечевого пояса. При этом локализация очагов только в области верхней конечности отмечалась у 37,6% женщин, с переходом на кожу шеи и грудной клетки у 35,4%, с поражением руки и других участков тела – у 6,2%, только в области грудной клетки (в области постоперационного рубца) – у 6,8% больных. Многоуровневая локализация присутствовала в 14,0% случаев. Средняя площадь кожных изменений составляла 96,7 см².

Комплексное клинико-иммунологическое обследование этих пациенток позволило оценить влияние ряда факторов на возникновение рожистого воспаления и на основе этого выделить факторы риска. Ведущее место среди них занимают:

1. Иммунодефицитное состояние: преимущественное подавление Т-клеточного (снижение абсолютного и относительного числа Т-хелперов) и фагоцитарного звеньев иммунной системы (достоверное снижение поглотительной функции нейтрофилов ($P < 0,001$) и их микробоцидной активности в кислородзависимых механизмах переваривания ($P < 0,002$)).

2. Хронический лимфостаз в области руки и плечевого пояса на стороне поражения, возникающий в результате проведения специальных методов лечения и / или обусловленный местным прогрессированием опухоли.

3. Наличие очагов хронической инфекции (хр.тонзилит, дисбиотические состояния и др.), а в старшей возрастной дополнительно наличие тяжелой неинфекционной патологии (заболевания сердечно-сосудистой, пищеварительной и дыхательной систем).

Таким образом, исследование рожистого воспаления у больных распространенным раком молочной железы выявило определенные различия с рожей в общей популяции: преимущественная локализация кожных изменений в области верхней конечности на стороне опухолевого поражения; преобладание эритематозной и эритематозно-геморрагической форм; доминирова-

ние рецидивирующего характера течения заболевания.

Профилактика инфекционных осложнений является важной задачей паллиативной помощи, направленной на повышение качества жизни онкологических больных. Разработка превентивных мероприятий должна быть основана на комплексном исследовании условий развития конкретных инфекций, с учетом факторов риска.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ ПРЕПАРАТОМ ФЕРЛАТУМ ФОЛ У БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧАЮЩИХ ХИМИОТЕРАПИЮ

А.В. Прохорченко, П.Б. Зотов, Ю.П. Елишева, С.А. Ральченко, В.В. Вишневков

Тюменский ООД

Анемии представляют одну из серьезных причин, ограничивающих проведение лекарственной противоопухолевой терапии, и требующих адекватной и своевременной коррекции. Известно, что среди патогенетических механизмов развития анемии имеют значение недостаточное поступление железа с пищей, нарушение его усвоения и / или высокие потери вследствие кровопотери. У больных злокачественными заболеваниями возможны все эти варианты, но в период проведения химиотерапии ведущим, обычно, является нарушение усвоения вследствие повреждения энтероцита цитостатиками.

В практической работе коррекция анемии проводится самыми различными лекарственными средствами. Однако для получения лучшего клинического эффекта необходим патогенетически оправданный выбор железосодержащего препарата. Чаще применяются формы, содержащие сульфат железа. Но данные исследований, приводимые в доступной литературе, так же указывают на высокую эффективность средств, содержащих железо-сукцинил протеиновый комплекс (Башмакова Н.В. и соавт., 2007; Cremonesi P. et al., 1993 и др.). При этом отмечается их более лучшая переносимость (Пастухова Т.П., 2007; Raia K.V. et al. 2000 и др.).

Согласно данным литературы, перспективной формой для клинического применения является препарат Ферлатум Фол, основные действующие вещества которого включают железа протеин сукцинат и кальция фолинат. Железа протеин сукцинат, представляет собой комплексное соединение, где атомы трехвалентного железа (Fe^{3+}) окружены полусинтетическим