

вероятно, предполагающее ускорение процессов ремиелинизации исследуемых нервов и реиннервации мышц челюстно-подъязычной области. Значительные улучшения наступали в сроки от 12 до 24 нед, что соответствует общей статистике восстановления посттравматических поражений периферических нервов (Гехт Б.М., 2000; Самойлов М.И., 1997). Изучение качества жизни в сравнительном аспекте показало, что органосохраняющее комбинированное лечение с послеоперационной нейтронной терапией пациентов со злокачественными новообразова-

ниями околоушной слюнной железы позволяет избежать тяжелых осложнений, связанных с параличом мимической мускулатуры.

Выводы. Применение электронейромиографического исследования позволяет объективизировать функциональные нарушения у больных со злокачественными новообразованиями околоушной слюнной железы на этапах комбинированного лечения. Выполнение органосохраняющего комбинированного лечения с сохранением лицевого нерва значительно улучшает качество жизни больных.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМОЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ

И.А. Алтухов, Ю.М. Солуянов, Е.А. Тупикова

*ГУ «НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН»,
г. Новосибирск*

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место среди причин онкологической заболеваемости женщин во всем мире. Увеличение продолжительности жизни после хирургического и, особенно, комбинированного лечения рака молочной железы с применением лучевой терапии делает актуальной разработку мероприятий по профилактике и лечению различных осложнений.

При комбинированном лечении рака молочной железы большинство осложнений связывается с применением лучевой терапии (Крылов В.С., Миланов Н.О., 1982), особенно с предоперационным облучением (Даденко В.С., 1975; Кожевников А.И., 1975). Осложнения лечения рака молочной железы объединяются понятием постмастэктомического синдрома, включающим ограничение функции плечевого сустава, повреждение периферических нервов, появление лучевых повреждений в зоне полей облучения. Одним из частых симптомов указанных осложнений является развитие отека верхней конечности, появляющегося до 20 % у больных после хирургических операций, а при

добавлении лучевой терапии – до 72 % (Крылов В.С., Миланов Н.О., 1982). Именно это осложнение обуславливает потерю трудоспособности большинства таких больных, поэтому разработка вопросов эффективного лечения имеет еще и большое социальное значение (Овчинников С.И., 2000). Несмотря на определенные успехи, достигнутые в сосудистой хирургии за последние два десятилетия, проблема лечения больных лимфостазом конечностей продолжает оставаться одной из сложных и актуальных.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения и реабилитации в ближайшем послеоперационном периоде больных с вторичной лимфедемой после радикальной мастэктомии.

Материал и методы. Микролимфovenозные анастомозы по методике Degni были сформированы нами у 51 больной, при этом у 74,5 % (38) из них анастомозы были наложены только в локтевой ямке, у 15,7 % (8) – только в средней трети плеча. У пяти больных были предприняты повторные вмешательства в средней трети плеча через 6–8 мес после формирования анастомозов в локтевой ямке. У 4 больных (7,8 %) повтор-

ное вмешательство было успешным, а у одной больной закончилось ревизией плеча в связи с отсутствием лимфатических сосудов, пригодных для микролимфовенозного анастомоза. У 31 (60,8 %) больной микрохирургическое лечение было предпринято при РМЖ II стадии, у 20 (39,2 %) – при III стадии. При этом только у половины (52,9 %) в анамнезе отсутствовало рожистое воспаление, а у 21,6 % и 25,5 % рожистое воспаление было соответственно однократно и рецидивно. Методы исследования: антропометрический, тепловизор, импедансометрия, лимфореовазография, УЗИ мягких тканей верхней конечности, лимфатических узлов, венозной системы.

Результаты. Эффективность микрохирургической реконструкции в ранние сроки достаточно наглядно подтверждается динамикой показателей реолимфовазографии. После проведения больным операции наложения микролимфовенозного анастомоза, на фоне проведенной пред- и послеоперационной консервативной терапии, и на кисти, и на предплечье пораженной конечности отмечается увеличение скорости как лимфатического ($0,55 \pm 0,21$ Ом/с на кисти и $0,49 \pm 0,38$ Ом/с на предплечье), так и венозного оттока ($0,72 \pm 0,42$ Ом/с на кисти и $0,67 \pm 0,27$ Ом/с на предплечье).

Параметр уменьшения окружности пораженной конечности в значительной степени подтверждается данными ультразвукового исследования мягких тканей верхних конечностей. Толщина подкожной клетчатки пораженной

конечности на всех уровнях была достоверно выше, чем на здоровой. После формирования микролимфовенозных анастомозов достоверное снижение толщины подкожной клетчатки наблюдалось только на уровне кисти и предплечья (на 5% и 33% соответственно). На плече толщина подкожной клетчатки достоверно не изменилась и имела достоверные отличия в сравнении с данным показателем на здоровой конечности. Этот факт в какой-то степени подтверждают и данные измерения удельного сопротивления мягких тканей с помощью низкочастотной импедансометрии, свидетельствующих о количестве жидкости на различных сегментах конечности.

Выводы. На всех уровнях конечности достоверного уменьшения показателей как суммарной окружности конечности, так и окружности дистального и проксимального сегментов конечности в сравнении с аналогичными показателями на здоровой конечности не достигнуто. Это связано с тем, что морфологические изменения подкожной клетчатки даже у больных с второй стадией лимфедемы не позволяют в должной мере добиться снижения ее толщины только за счет дренирования интерстициальной жидкости через сформированные микролимфовенозные анастомозы. Разработанная концепция лечения больных с вторичной лимфедемой после радикального лечения рака молочной железы дает возможность дифференцированного подхода в зависимости от стадии заболевания, с выбором как консервативного, так и хирургического лечения.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

О.А. Ананина, О.Ю. Муранова, Е.В. Панферова

ГУ «НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН», г. Томск

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) в структуре онкозаболеваемости женского населения занимает первое место в развитых странах и второе – в большинстве развивающихся. Ежегодно в мире выявляют около 1 млн новых случаев РМЖ, прогнозируя рост числа заболевших к 2010 г. в 1,5 раза. Рак сокращает

среднюю продолжительность жизни и уносит жизнь женщин в основном репродуктивного возраста, наносит невосполнимый экономический ущерб обществу. В рассматриваемой ситуации решающее значение приобретает профилактика РМЖ, важнейшей составляющей которой являются онкоэпидемиологические ис-