

(общая – $81,6 \pm 3,0$ %). Пятилетняя выживаемость у больных, перенесших видеоторакоскопическую парастермальную лимфодиссекцию ($n = 679$), при I стадии заболевания составила $96,7 \pm 2,1$ %, при IIА – $92,6 \pm 2,8$ %; при IIВ – $85,8 \pm 3,2$ %; при IIIА и IIIВ – $77,9 \pm 3,3$ % и $62,8 \pm 3,2$ % соответственно (общая – $83,2 \pm 3,1$ %). Для оценки адекватности видеоторакоскопической парастермальной лимфатической диссекции традиционной (открытой) мы сопоставили показатели 5-летней выживаемости двух групп больных. Достоверность различий в эффекте лечения между сопоставляемыми группами при различных стадиях заболевания составила $p > 0,05$, что говорит об адекватности видеоторакоскопической парастермальной лимфодиссекции в сравнении с традиционной мастэктомией по Урбану-Холдину. Выживаемость во всей группе в целом составила при I стадии заболевания – $96,1 \pm 2,3$ % ($n=232$), при IIА – $88,0 \pm 2,9$ % ($n=338$); при IIВ – $83,7 \pm 3,2$ % ($n=126$); при IIIА и IIIВ – $77,3 \pm 3,4$ % ($n=114$) и $62,2 \pm 3,3$ % ($n=202$) соответственно; общая – $83,2 \pm 3,1$ % ($n=1012$). Поскольку зоной нашего интереса в данном исследовании является парастермальный коллектор, мы решили подробнее остановиться на группе больных с метастазами в парастермальных лимфоузлах ($n=189$). Так, имеется достоверное снижение ($p < 0,05$) показателей пятилетней выживаемости в зависимости

от критерия Т, при Т₁ – $74,2 \pm 3,2$ %, Т₂ – $64,1 \pm 3,4$ %, Т₃ – $60,3 \pm 3,3$ %, Т₄ – $46,5 \pm 3,5$ %, во всей группе имеющих метастазы в парастермальных узлах – $61,0 \pm 3,2$ %. Также имеется достоверное ухудшение результатов хирургического лечения больных с метастазами в парастермальный коллектор в зависимости от уровня поражения аксиллярного коллектора. При изолированном поражении парастермальных лимфоузлов пятилетние результаты составили $84,3 \pm 3,2$ %, при сопутствующем поражении аксиллярного коллектора, соответствующего критерию N₁, 5-летняя выживаемость равнялась $69,1 \pm 3,2$ %, при N₂ – $49,6 \pm 3,4$ %. Проанализировав отдаленные результаты в зависимости от количества пораженных парастермальных лимфоузлов, выявили, что при поражении 1 лимфоузла пятилетняя выживаемость составила $62,8 \pm 3,8$ %, при 2 – $61,1 \pm 3,7$ %, при 3 – $58,2 \pm 3,8$ %, при поражении 4 и более – $51,9 \pm 3,8$ %. Из этого следует, что метастазы в парастермальный коллектор, на наш взгляд, являются наиболее значимым негативным прогностическим фактором, хотя группа полиморфна по своей структуре и выживаемость больных меняется в зависимости от размеров первичной опухоли, сопутствующего поражения аксиллярного коллектора и количества пораженных парастермальных лимфатических узлов, что требует дальнейшего рассмотрения этого вопроса в последующих исследованиях.

МИОПЛАСТИКА ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЛИМФОРЕИ

А.Х. ИСМАГИЛОВ, Р.Ш. ХАСАНОВ, Г.И. ШАКИРОВА

Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань

Радикальные операции у больных раком молочной железы относятся к разряду тяжелых хирургических вмешательств. На их непосредственные результаты влияют многочисленные факторы, в том числе и раневые осложнения, которые возникают у 10–48 % больных. Наиболее частым осложнением хирургического лечения рака молочной железы продолжает оставаться лимфорея.

Целью исследования является оценка непосредственных результатов лечения больных

раком молочной железы в результате создания профилактических мер для снижения лимфореи.

Материал и методы. Пациенты разделены на две группы. В основную группу вошли пациентки, которым после этапа РМЭ по Пейти была выполнена миопластика подмышечно-подключично-подлопаточной области с использованием малой грудной мышцы. В контрольную – пациентки с выполненной радикальной мастэктомией (РМЭ) по Пейти по стандартной

методике. Средний возраст пациенток составлял 55 лет.

Результаты. В контрольной группе средний объем лимфорей составил 917,25 мл, в основной – 185,67 мл за 14 дней ($p < 0,01$). Средний объем раневого отделяемого в первые сутки у больных основной группы составил $35,42 \pm 6,14$ мл, контрольной группы – $88,0 \pm 12,69$ мл ($p < 0,01$). На 5-й день количество раневого экссудата у больных основной группы было $15,83 \pm 6,05$ мл, у больных контрольной группы – $98,40 \pm 14,21$ мл (разница – 83,9 %; $p < 0,01$). У больных основной группы дренажи удаляли на 4–5-е сут, раневое отделяемое эвакуировали пункциями. На 10-й

день в основной группе лимфорей – $10,0 \pm 5,64$ мл, в контрольной – $49,2 \pm 7,16$ мл ($p < 0,01$). На 14-й день в основной группе – $0,584 \pm 0,434$ мл, в контрольной группе – $31,9 \pm 4,78$ мл (разница – 98,2 %; $p < 0,01$). У пациенток с использованием миоластики в период наблюдения до 6 мес постмастэктомического отека не отмечено.

Выводы. Использование метода миоластики малой грудной мышцей при радикальных мастэктомиях позволило на 98,2 % уменьшить объем лимфорей на 14-й день, тем самым сократить срок госпитализации на 14 дней (средний срок госпитализации – 28 дней, после РМЭ).

АКТИВАЦИОННАЯ ФОТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.Н. КАПКИНА, Л.Х. ГАРКАВИ, Н.М. МАЩЕНКО, Н.В. НИКОЛАЕВА,
Е.А. КАПУЗА, Н.М. ТИХАНОВСКАЯ, И.С. ТОРПУДЖЯН, М.И. БАГРИНЦЕВА,
Г.В. ЖУКОВА

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт»

В настоящее время в комплексном противоопухолевом лечении в качестве фактора сопровождающей терапии успешно используются низкоинтенсивные излучения оптического диапазона. При этом в подавляющем большинстве случаев применяют когерентные и некогерентные излучения красной области спектра. В то же время имеются сведения о стимулирующем влиянии света синие-зеленой области спектра на газотранспортную функцию крови, в основе которого, в частности, лежит высокая способность митохондриальной системы цитохромов поглощать синий свет (Карандашов В.И., Петухов Е.Б., Зродников В.С., 2001). Это обстоятельство представляет интерес в связи с известными нарушениями энергетического обмена в опухолевых клетках и нетрансформированных клетках разных тканей, которые во многом обусловлены повреждением железосодержащих ферментов, регулирующих основной энергетический обмен (Манойлов С.Е., 1988). Ранее была показана возможность повышения эффективности электромагнитных воздействий при изменении

биотропных параметров в соответствии с методами активационной терапии (Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., 1990; Гаркави Л.Х., 2006).

Целью исследования явилось изучение влияния активационной фототерапии (ФТ) с использованием низкоинтенсивных поличастотно модулированных излучений синие-зеленой области оптического спектра на эффективность комплексного лечения больных распространенной формой рака молочной железы (РМЖ) $T_{3-4}N_{0-2}M_{0-2}$.

Исследование было проведено у 33 больных генерализованной формой РМЖ. Основная группа включала 16 больных РМЖ, которым наряду с основным лечением – аутогемохимиотерапией (АГХТ) – проводили активационную ФТ. В контрольную группу вошли 17 женщин. Контрольная и основные группы были сопоставимы по возрасту, вариантам лечения и по стадиям заболевания. Активационную фототерапию осуществляли с помощью квантового генератора «ЭЛКА-Н». Она заключалась в ежедневном облучении области спектра локтевой