

16. Sampliner R. F. Practice guidelines on the diagnosis, surveillance and therapy of Barrett's esophagus. // *Am. J. Gastroenterol.* — 1988. — Vol. 93. — P. 1028-1031.

17. Voutilainen M. Complete and incomplete intestinal metaplasia at the oesophagogastric junction: prevalences and associations with endoscopic erosive oesophagitis and gastritis. / M. Voutilainen, M. Juhola, J-P. Mecklin. // *Gut.* — 1999. — Vol. 45. — P. 644-648.

Оперативная видеоторакоскопия в сочетании с реконструктивно-пластическими операциями в комбинированном и комплексном лечении рака молочной железы III стадии

С. Н. НАВРУЗОВ, З. П. БЕКНАЗАРОВ

Республиканский онкологический научный центр, МЗ Руз, г. Ташкент, Узбекистан

А. Х. ИСМАГИЛОВ, Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань, Россия

Р. Ш. ХАСАНОВ, Приволжский филиал РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, г. Казань, Россия

Рак молочной железы (РМЖ) — одно из самых распространенных онкологических заболеваний в мире у женщин. В последние годы в большинстве экономически развитых странах мира отмечается неуклонный рост заболеваемости и смертности от рака молочной железы [7, 8, 11].

В России РМЖ занимает лидирующее положение в структуре женской онкологической заболеваемости и составляет 10,6% всех вновь выявленных злокачественных новообразований у женщин в 2005 году [4]. Число вновь заболевших РМЖ продолжает увеличиваться и к 2010 г. может достичь 1,5 млн. человек [1]. По расчетам, в 2007 г. в США будет выявлено 178480 случаев РМЖ и умрут от него 40460 больных [6].

В Республике Узбекистан РМЖ также является наиболее частым и агрессивным видом новообразования у женщин с четкой тенденцией к росту заболеваемости (в 2005 году — 6,3% на 100000 населения).

В числе основных причин неудовлетворительных результатов лечения РМЖ следует считать несвоевременную диагностику заболевания, а также недостаточную эффективность используемых методов терапии, тем более что в 55-60% случаев к моменту лечения уже наблюдается местнораспространенный опухолевый процесс [2]. В 2003 году было зарегистрировано 46300 новых случаев РМЖ, 25,4% из них составил рак III стадии, и ежегодно в России появляется 11-12 тысяч больных РМЖ III стадии.

Особый интерес вызывает РМЖ центральной и медиальной локализации, при котором частота поражения метастазами парастерального коллектора, по данным разных авторов, колеблется от 15,7% (Дружков Б. К. со соавт, 1995) до 60% при опухолях T4 (Триголосов А. В., 2001) в среднем 20,6%. По Международной классификации злокачественных опухолей по системе TNM показатель N3 подразумевает поражение парастеральных лимфатических узлов и относится к III стадии заболевания [3, 5].

Для получения достоверной информации о состоянии парастерального коллектора обосновано выполнение одномоментной парастеральной лимфодиссекции с диагностической и лечебной целью.

Мы посчитали целесообразным поделиться своими наблюдениями, учитывая актуальность вопроса сочетания видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции с различными способами одномоментной реконструкции при РМЖ III стадии.

Материалы и методы

Работа основана на наблюдениях 162 пациенток в контрольной группе, которым были выполнены радикальные операции с видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекцией без реконструкции и 29 случаев с различными вариантами одномоментных видеоторакоскопических и реконструктивно-пластических операций при раке молочной железы III стадии T1-4N0-3M0 центральной и медиальной локализации у больных от 26 до 49 лет (в среднем 38,3 лет) за период с 1999 по 2007 г. При клиническом анализе исследуемой группы больных III стадия А заболевания была диагностирована у 9 пациенток, у 6 — IIIB и у 14 больных — IIIC стадия. В 21 случаях лечение начато с радикальных операций, где III стадия по TNM была верифицирована после ответа гистологического исследования, в 8 случаях — при наличии объективной стабилизации после проведенной неoadъювантной химио-лучевой терапии. В 15 случаях выполнена мастэктомия одномоментно с видеоторакоскопической парастеральной лимфадиссекцией и реконструкция TRAM-лоскутом. Из них в одном случае выполнена «центральная подкачка» (дополнительная реваскуляризация между а. и в. epigastrica inferior и а. и в. thoracica interna) В 5 случаях — радикальная резекция с видеоторакоскопией и транспозицией TDL-лоскута. 9 операций проведены с имплантацией экспандера под большую грудную мышцу. Все больные в послеоперационном периоде получали комбинированную и комплексную терапию по показаниям.

Результаты и обсуждение

Для использования торакодорзального лоскута (предложенного I. Tansini [10] в 1906 г.) при РМЖ III стадии показаниями к данному типу операции служили:

- 1) опухоль на фоне малой МЖ (в одном случае);
- 2) опухоли, расположенные в верхней полусфере МЖ;
- 3) наличие объективной регрессии после проведенной неoadъювантной химио-лучевой терапии (в 3 случаях). Размер опухоли составил от 2 см до 2,5 см, в среднем — 2,25 см;
- 4) В одном случае с целью возмещения большого дефекта кожи при РМЭ по Пейти при удалении опухоли диаметром 16 см (табл. 1).

Из-за бесспорного преимущества этого метода — наличия хорошего кровоснабжения лоскута в раннем послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Был выявлен рецидив опухоли

через 2 года после использования этого лоскута с целью возмещения большого дефекта кожи, которая в дальнейшем была иссечена (рис. 1).

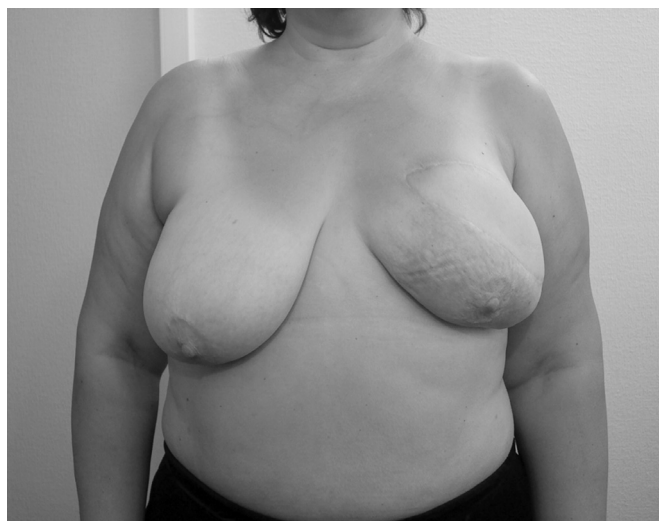


Рисунок 1

Радикальная резекция молочной железы с видеоторакоскопической лимфадиссекцией и одномоментной торакодорсальной пластикой. При сохранении радикальности вмешательства достигнуто сохранение объема и формы

Таблица 1. Распределение больных по стадиям процесса с TDL-пластикой

TNM	Количество больных
T2N2M0	1
T2N3M0	3
T3N3M0	1

При использовании ректо-абдоминального лоскута (предложенного J. Fernandez в 1968 году) [9] при РМЖ III стадии показанием к данному типу операции служил большой размер опухоли на фоне средней и большой молочной железы (рис. 2).

Преимущество этого метода — потенциально большой объем перемещаемых тканей, а недостатком является неадекватное кровоснабжение, и, как следствие, высокий риск краевых некрозов. Размер опухоли от 1,5 см до 6 см (в среднем 3,3 см). В 10 случаях использования этого лоскута с РМЭ по Пейти и одномоментной видеоторакоскопической парастернальной лимфодиссекции, III стадия заболевания по TNM была верифицирована после гистологического исследования удаленного препарата и лимфатических узлов. В 5 случаях была проведена неоадьювантная химио-лучевая терапия. В 13 случаях реконструкция производилась на контралатеральной прямой мышце живота. Послеоперационных грыж не отмечалось, так как производилось укрепление апоневроза проленовой сеткой. В одном случае выполнена TRAM-пластика с латеральной «подкачкой» между а. и v. epigastrica inferior и а. и v. thoracodorsalis.

Особый интерес представляет разработанная в КОД МЗ РТ оригинальная методика микрохирургической подкачки — «центральная подкачка» — где накладывается микрососудистый анастомоз между внутригрудными и нижними надчревными сосудами, которая была выполнена в одном случае.

При использовании TRAM-лоскута отмечено 3 случая краевого некроза (10,3%). 1 рецидив опухоли после двух лет, который был иссечен.

При использовании экспандеров и эндопротезов (9 случаев) преимуществом метода являлась простота выполнения операции.



Рисунок 2. Мастэктомия по Пейти с одномоментной пластикой TRAM-лоскутом

Таблица 2. Распределение больных по стадиям при выполнении TRAM-пластики

TNM	Количество больных
T1N2M0	2
T1N3M0	3
T2N2M0	3
T2N3M0	3
T3N1M0	1
T3N3M0	1
T4N0M0	1
T2N3M0R1	1

Размер опухоли от 1,5 см до 3 см (в среднем 2 см). Во всех случаях лечение начиналось с оперативных вмешательств. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Для создания симметрии выполнялось вмешательство на здоровой молочной железе (рис. 3).

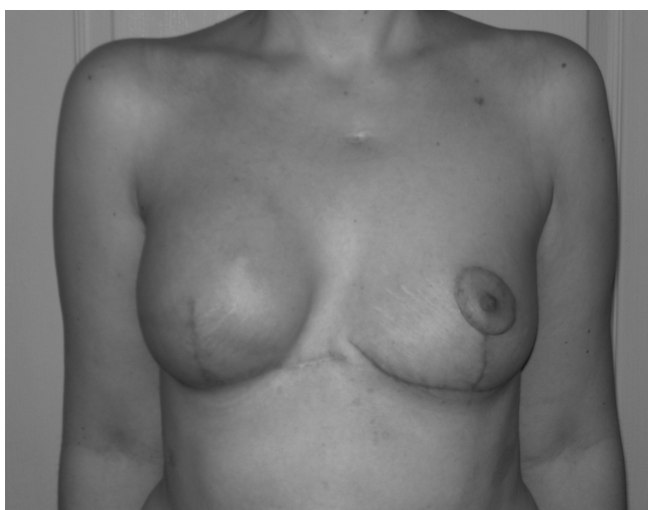


Рисунок 3. Мастэктомия по Пейти с установкой экспандера

Таблица 3. Распределение больных по стадиям процесса при использовании экспандеров и эндопротезов

TNM	Количество больных
T1N2M0	2
T1N3M0	4
T2N3M0	2
T4N3M0	1



Пластику соска осуществляли трехлепестковым методом, ареола выполнялась при помощи косметического татуажа. Кроме осложненных случаев во всех остальных отмечен хороший косметический результат. Общая пятилетняя выживаемость при III A стадии составила $78,4 \pm 3,6\%$, ППВ — $63,3 \pm 3,2\%$, ППС — $60,1 \pm 3,0\%$. В контрольной группе соответственно — $77,3 \pm 3,4\%$, $62,2 \pm 3,3\%$ и $59,9 \pm 3,1\%$ ($p < 0,05$).

Резюмируя вышеизложенное, можно сделать вывод, что радиальные операции с одномоментными реконструктивно-пластическими операциями, а также с видеоторакоскопией у больных с III стадией РМЖ способствуют уточнению стадии заболевания, не влияют на течение болезни, не увеличивают количество послеоперационных осложнений, не препятствуют проведению комбинированной и комплексной терапии и улучшают качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельшер Л. З., Праздников Э. Н., Чистяков С. С. Пред- и интраоперационная диагностика клинически не визуализируемых метастазов рака

молочной железы в подмышечных лимфатических узлах. // Российский онкологический журнал. — 2005. — № 3. — С. 4-8.

2. Гершанович М. П. // Совр. онкол. — 1999. — Т. 1, № 1. — С. 16-17.

3. Дружков Б. К., Дружков О. Б., Малыгин Н. В. // Тез. Докл. 8-й Республиканской научно-практической конференции. — Казань, 1995. — С. 172-174.

4. Злокачественные новообразования в России в 2005 г. (заболеваемость и смертность). / Под ред. В. И. Чиссова и др. — М., 2007.

5. Триголосов А. В. // Автореф. Дисс. к.м.н. — М., 2001. — 29 с.

6. American Cancer Society; Cancer Facts and Figures 2007. Atlanta, American Cancer Society; Last accessed January 31, 2007.

7. Gairard B., Mathelin C., Schaffer P., Brettes J. P. Breast Cancer: epidemiology, risk factors, screening. // Rev. Prat., Jan 1998; 48(1): 21-27.

8. Cheng H. D., Jiguang Li. Fuzzy homogeneity and scale-space approach to color image segmentation. Pattern Recognition. — 2003. — 36 (7). — P. 1545-1562.

9. Fernandez J. reconstruction mammaria. // Bol. Trab. Soc. Cir. Buenos Aires. — 1968. — Vol. 50. — P. 86.

10. Tansini I., Sopra il mio nuovo processo di amputazioni della mammela. // Gaz. Med. Ital. — 1906. — № 57. — P. 141.

11. Wickman M. Rapid versus slow tissue expansion for breast reconstruction: a three-year follow-up. // Plast. Reconstr. Surg. — 1995. — V. 95 (4). — P. 712-718.

Возможности метода радиочастотной абляции в лечении больных с новообразованиями печени, легких, желчного пузыря, почек

В. И. БЕЛОКОНЕВ, С. В. КОЗЛОВ, О. И. КАГАНОВ

Самарский медицинский государственный университет

В последние годы возросло количество больных с IV стадией рака различной локализации (Mariette D., Faqniez P. L., 1992; Zacharoulis D., et al., 2003). Существуют разнообразные методы лечения данной группы больных, такие как химиотерапия, хирургическое лечение, лучевая терапия (Wood T. F., Rose D. M., Chung M. et al., 2000; Bowles J., Machi J., Whitney M. et al., 2001; Bleicher R., Allegra D., Nora D. et al., 2003). Особое место в плане научных и практических разработок получила методика локального внутриопухолевого термического воздействия на метастатические опухоли печени с использованием высокочастотного тока (Dupuy D. E., et al., 2000; Stella M., et al., 2003; Navarra G. et al., 2004). С начала 1990-х годов во всем мире началось широкое внедрение малоинвазивной технологии — радиочастотной абляции (РЧА) злокачественных образований паренхиматозных органов (McGahan J. P. et al., 1992; Rossi S. et al., 1995; Buscarini I. et al., 1995; Kang S., et al., 2001; Tepel J., et al., 2004).

Материалы и методы

В Самарском областном онкологическом диспансере метод радиочастотной абляции применяется с 2005 года на аппарате Cool-tip фирмы Radionics. В настоящее время пролечено более 80 пациентов с опухолями печени (76), легких (5), почек (1), рак желчного пузыря (2).

В догоспитальном периоде обследование пациентов включало в себя ультразвуковое исследование брюшной полости, пункционную биопсию очагов печени или легких, КТ или МРТ исследуемой области, рентгенографию легких.

У 82 пациентов были выявлены злокачественные заболевания печени, легких, желчного пузыря, почек, среди которых преобладали метастазы колоректального рака — 49 больных, у 9 — выявлен первичный рак печени. Метастатическое поражение печени было выявлено у 8 пациентов с диагнозом рак желудка, рак молочной железы — 8, рак шейки матки — 2. У 2 больных с диагно-

зом рак почки были выявлены метастазы легкого. Рак желчного пузыря диагностирован у 2 пациентов, у одной больной выставлен диагноз — первичный рак почки (таблица 1).

Таблица 1. Распределение больных по нозологии злокачественного поражения

Характер поражения	Число больных
Метастазы колоректального рака	49
Первичный рак печени	9
Метастазы печени при раке желудка	8
Метастазы печени при раке молочной железы	8
Метастазы легкого при раке почки	2
Рак желчного пузыря (РЧА ложа желчного пузыря)	2
Метастазы печени при раке шейки матки	2
Метастазы печени при раке тела матки	1
Рак почки	1
Всего	82

Всем больным проведено лечение с применением аппарата Cool-tip фирмы Radionics, Тусо (табл. 2). При лечении первичного рака и метастазов печени были выполнены следующие операции: чрескожное РЧА — 35 пациентам, циторедуктивная операции с удалением первичного очага, РЧА и резекции метастазов печени с применением аппарата Cool-tip — 25 больным, резекция печени с использованием аппарата COOL-Tip (операция Nabiba) — 10 пациентам, резекция печени (операция Nabiba) и РЧА метастазов противоположной доли — 4. Все операции проводились под контролем УЗИ. Выполнено РЧА у 5 больных с метастазами легкого, из них у 4 больных проведено РЧА метастазов легкого при торакоскопической операции под контролем УЗИ с использованием эндоскопического УЗИ-датчика, у одного пациента выполнено РЧА метастазов легкого при открытой торакотомии.