

меньше, чем при люминол-зависимой ХЛ, что говорит о высокой продукции вторичных АФК из первичных продуктов. После добавления зимозана при люцигенинзависимой ХЛ уменьшается максимальное значение интенсивности ХЛ ($p < 0,05$) и площадь кривой ХЛ ($p < 0,01$), по сравнению с параметрами люминол-зависимой ХЛ.

При сравнении показателей люцигенин-зависимого ХЛ ответа нейтрофилов у больных ПКР до операции обнаружено увеличение времени выхода на максимум интенсивности ХЛ ($p < 0,01$) по сравнению со временем люминолзависимой ХЛ. При индуцированной зимозаном люцигенинзависимой ХЛ происходит ускорение выхода на максимум ($p < 0,01$), уменьшение максимального значения интенсивности ($p < 0,001$), площади ($p < 0,01$) и индекса активации ($p < 0,001$), по сравнению с люминол-зависимой ХЛ. После добавления зимозана не наблюдалось увеличение параметров ХЛ до уровня свечения в клетках здоровых доноров. У больных после операции наблюдается тенденция к снижению максимального значения интенсивности ($0,05 < p < 0,1$) в период спонтанной люцигенинзависимой ХЛ и снижение величины индекса активации ($p < 0,05$).

При исследовании параметров люминол-зависимого ХЛ ответа нейтрофилов у больных ПКР было обнаружено увеличение времени выхода на максимум активности нейтрофилов у пациентов до ($p < 0,001$) и после ($p < 0,001$) хирургического лечения в период спонтанной ХЛ. Во время зимозан-индуцированной ХЛ увеличива-

ется время выхода на максимум интенсивности ХЛ у больных после операции по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$). Это свидетельствует о сниженном функциональном состоянии нейтрофилов. У пациентов до операции по сравнению с контрольными параметрами увеличивается максимальное значение интенсивности ($p < 0,05$) и площади спонтанной люцигенин-зависимой ХЛ ($p < 0,05$), что свидетельствует о повышении общего количества вырабатываемых клеткой АФК. При индукции ХЛ реакции нейтрофилов опсонизированным зимозаном в группе больных до операции относительно контроля ускоряется время реагирования на стимул ($p < 0,05$), значительное увеличение уровня ХЛ ($p < 0,05$), т.е. дополнительная стимуляция «дыхательного взрыва» нейтрофилов приводит к увеличению продукции АФК. При сравнении показателей люцигенинзависимого ХЛ ответа нейтрофильных гранулоцитов у больных ПКР после операции отмечено ускорение времени выхода на максимум в ходе спонтанной ХЛ ($0,05 < p < 0,01$) и замедление во время зимозан-индуцированной ХЛ ($0,05 < p < 0,1$) относительно больных до хирургического вмешательства.

Выводы. Таким образом, у больных ПКР отмечена усиленная продукция АФК нейтрофилами, в то время как после операции значительная часть показателей параметров ХЛ уменьшается, следовательно, происходит замедление продукции АФК, что свидетельствует о постепенном восстановлении кислородзависимых функций нейтрофилов.

ОРГАНОСОХРАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.Т. ИЖАНОВ, К.З. СЫЗДЫКОВ

Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Шымкент, Казахстан

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) – одна из наиболее распространенных форм злокачественных опухолей у женщин во всем мире. Не составляет исключения и Казахстан. За последние 30 лет заболеваемость РМЖ возросла в 2,8 раза и имеет постоянную тенденцию к увеличению. В последнее десятилетие было

убедительно доказано, что отдаленные результаты лечения больных с ранним раком молочной железы, которым проводилась радикальная мастэктомия (РМЭ) или органосохранные операции, мало отличались между собой. Однако у больных, которым проводились органосохранные операции, существенно выше было

качество жизни. Ещё в 1988 г. U. Veronesi провел сравнительный анализ лечения 708 больных с $T_1N_0M_0$ стадией. Из них 349 больным была проведена РМЭ, 359 больным – квадрантэктомия с диссекцией аксиллярных лимфоузлов, а в послеоперационном периоде лучевая терапия по радикальной программе. Результаты оказались идентичными, и безрецидивная 5-летняя выживаемость составила 95 %. По данным В.П. Летягина (2005), после радикальной резекции молочной железы 10-летняя безрецидивная выживаемость больных составила 90,9 %, после РМЭ – 93,3 %. В связи с этим возможность радикального лечения рака молочной железы с использованием органосохраняющих операций – один из важнейших вопросов современной онкологии.

Цель исследования. Изучить эффективность различных методов органосохраняющих операций при комплексном лечении раннего рака молочной железы.

Материал и методы. Под нашим наблюдением было 125 женщин с $T_{1-2}N_{0-1}M_0$ стадией РМЖ. Из них с I стадией заболевания было 19 (15,2 %) пациенток, со II стадией заболевания было 66 (52,8 %) пациенток, а также с $T_pN_1M_0$ стадией 40 (32 %) больных. Возраст пациенток колебался в пределах 30–73 лет. Из них в возрасте 30–39 лет – 14 (11,2 %) больных, 40–49 лет – 48 (38,4 %) пациенток, 50–59 лет – 36 (28,8 %) больных, более 60 лет – 27 (21,6 %) больных. Средний возраст больных – 49,5 года. Заболевание левой молочной железы наблюдалось у 59

(47,2 %) больных, правой молочной железы – у 66 (52,8 %) пациенток. Следует отметить, что у 106 (84,8 %) больных опухоль локализовалась в наружных квадрантах молочной железы, у 19 (15,2 %) больных – во внутренних квадрантах.

Результаты. Радикальная секторальная резекция молочной железы по Блохину была произведена у 45 (36 %) больных, секторальная резекция – у 19 (15,2 %), квадрантэктомия – у 61 (48,8 %) больной. Адъювантная химиотерапия по схеме FAC (4 курса) была проведена 21 (16,8 %) больной, 40 (32 %) больным была проведена адъювантная лучевая терапия СОД ДГТ 40 Гр, 45 (36 %) – адъювантная химиолучевая терапия, 19 (15,2 %) больным послеоперационное лечение не проводилось. Срок наблюдения составил 3 года. В результате, после секторальной резекции, квадрантэктомии и радикальной резекции трехлетняя безрецидивная выживаемость составила $90,4 \pm 12,3$ %; $91,8 \pm 6,4$ %; $95,1 \pm 4,3$ % соответственно. Следует отметить, что при подведении лучевой дозы в 50 Гр наблюдалось ухудшение косметического эффекта. После секторальной резекции и квадрантэктомии рецидивы выявлялись чаще, особенно если лучевая терапия не проводилась. Лучшие результаты отмечены при радикальной резекции по Блохину с последующей химиолучевой терапией.

Выводы. Применение органосохраняющих операции по Блохину с последующей химиолучевой терапией в сравнительном аспекте дает лучшие отдаленные результаты.

ЛЕЧЕБНЫЙ ПАТОМОРФОЗ ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИИ И ХИМИЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.Т. ИЖАНОВ

Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Шымкент, Казахстан

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) – одна из наиболее распространенных форм злокачественных опухолей у женщин во всем мире. За последние двадцать лет смертность от РМЖ во всем мире увеличилась на 22 % (Чиссов В.И., 1989; Семиглазов В.Ф. и др., 2001, 2002). В

структуре заболеваемости женского населения Республики Казахстан рак молочной железы занимает первое место. В Южно-Казахстанской области в 2004 г. он занимал второе, а за первое полугодие 2007 г. вышел на первое место. При этом медиана выживаемости при метастатиче-