

туры гена TP53 в развитие РМЖ. В качестве показателей меры неравновесия по сцеплению использовали критерии D' и r^2 . Показано, что в опухолевой ткани по сравнению с лейкоцитами крови больных РМЖ по двум полиморфизмам rs1042522-rs17878362 и rs1042522-rs1625895 отмечается ослабление степени сцепления ($D'=0,49$ и $0,50$; $r^2=0,22$ и $0,20$ против $D'=0,79$ и $0,92$; $r^2=0,24$ и $0,28$; $p<0,05$). Вероятно, причиной наблюдаемого могут служить мутации

в гене TP53, часто встречающиеся при данном онкологическом заболевании и “разрывающие” сцепленные группы генетических маркеров.

Выводы. Показана высокая частота гаплотипа GA16пн гена TP53 в опухолевой ткани РМЖ по сравнению с лейкоцитами крови. В опухоли больных РМЖ показатели неравновесия по сцеплению между полиморфизмами rs1042522-rs17878362 и rs1042522-rs1625895 были ниже, чем в лейкоцитах крови.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ С ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.В. ДОРОШЕНКО, Е.Ю. ГАРБУКОВ, Ю.Л. КОКОРИНА, Н.А. КРАСУЛИНА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Известно, что послеоперационная лучевая терапия значительно снижает количество местных рецидивов после органосохраняющих операций (ОСО) при раке молочной железы (РМЖ). Существуют различные виды, режимы адьювантной лучевой терапии (АЛТ) и их сочетания. Одним из таких сочетаний является проведение интраоперационной лучевой терапии (ИОЛТ) и АЛТ. В НИИ онкологии выполняется программа по органосохраняющему лечению больных РМЖ с применением ИОЛТ и дистанционной лучевой терапии. Было показано, что проведение ИОЛТ не влияет на ход операции и течение послеоперационного периода, позволяет сохранить косметический результат операции.

Цель исследования. Изучить 3-летние результаты лечения, безрецидивную, безметастатическую и общую выживаемость больных РМЖ после ОСО с ИОЛТ и АЛТ.

Материал и методы. В исследование включено 106 больных РМЖ T1-2N0-3M0 в возрасте от 20 до 71 года. Всем пациенткам выполнена ОСО, во время операции выполнялась ИОЛТ на малогабаритном бетатроне МИБ – 6 Э пучком электронов в дозе 10 Гр на ложе удаленной опухоли. В послеоперационном периоде проводилась АЛТ в СОД 45 – 50 Гр на оставшуюся

молочную железу. Зоны регионарного лимфоттока облучались при наличии метастатического поражения лимфоузлов СОД 40 – 44 Гр. Курсовая доза смешанного облучения (ИОЛТ и АЛТ) – 60 Гр. По показаниям проводились курсы химио- и гормонотерапии. Срок наблюдения за больными составил от 24 до 45 мес.

Результаты. При осмотре пациенток косметический эффект после ОСО оценен как хороший или отличный в большинстве случаев (93,4%) и лишь в 6,63 % как удовлетворительный, в большей степени за счет уменьшения молочной железы в размерах. Все гиперпигментации, отмеченные ранее после АЛТ (18,86%), подверглись обратному развитию. Выраженной отечности, фиброза молочной железы не отмечено ни в одном случае. У 8,49% пациенток в области послеоперационного рубца пальпаторно определялись участки умеренного фиброза, которые подвергались пункциям, но ни в одном случае данных за рецидив не получено. Умеренная отечность области молочной железы отмечена у 16,98 % пациенток, в основном на более ранних сроках наблюдения.

За время наблюдения, как уже указывалось выше, местных рецидивов не отмечено. Прогрессирование основного процесса в виде отдаленного метастазирования отмечено у 5

(4,71%) пациенток. Метастатическое поражение легких выявлено у 2 (1,88%) больных со стадией процесса III C (T₂N₃M₀) и II B (T₂N₁M₀) через 7 и 19 мес после операции соответственно, костей скелета – у 2 (1,88%) пациенток со II B (T₂N₁M₀) стадией через 18 и 20 мес. Метастазы контралатеральных надключичных лимфоузлов установлены через 18 мес после операции – у 1

(0,94%) пациентки (III A, T₁N₂M₀). Пациентка с III C стадией погибла от прогрессирования, таким образом, летальность составила 0,94%.

Выводы. Проведение сочетанной лучевой терапии (ИОЛТ и АЛТ) не ухудшает отдаленных результатов лечения, позволяет обеспечить хороший косметический результат и локо-региональный контроль.

ВЛИЯНИЕ ГРУДНОЙ ПРОДЛЕННОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ НА СОСТОЯНИЕ ВЕНТИЛЯЦИИ И ПЕРФУЗИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

Е.Л. ДУБОДЕЛОВ¹, Н.Ю. ДЕМЬЯНЕНКО²

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск¹

ФГОУ ВПО «Томский военно-медицинский институт МО РФ», г. Томск²

Актуальность. При радикальных вмешательствах на лёгких в раннем послеоперационном периоде у онкологических пациентов развиваются значительные нарушения вентиляции и перфузии, которые связаны с поверхностным дыханием пациента, угнетением кашлевого рефлекса, возникновением ателектазов и пневмоний, которые обусловлены выраженным болевым синдромом с нарушением дыхательной функции. Одной из основных причин нарушения вентиляции и перфузии лёгких в раннем послеоперационном периоде является неадекватная послеоперационная анальгезия. В последнее время наиболее оптимальным ее вариантом является продленная грудная эпидуральная анальгезия (ПГЭА), при её применении постоянное введение раствора местного анестетика (ропивакаина 0,2%) с определённой скоростью и одинаковой концентрацией препарата обеспечивает эффективное обезболивание, что дает возможность пациентам выполнять полноценные дыхательные движения. Для оценки нарушения вентиляции лёгких в раннем послеоперационном периоде ранее проводилось исследование функции внешнего дыхания – спирометрия в сочетании с определением газового состава артериальной крови. Информативность анализа нарушений вентиляции и перфузии легких может быть

существенно увеличена при проведении радионуклидного исследования легких.

Цель исследования. Изучить влияние продленной грудной эпидуральной анальгезии на состояние вентиляции и перфузии лёгких в раннем послеоперационном периоде у больных раком легкого.

Материал и методы. В исследование вошли 42 пациента с верифицированным диагнозом периферического рака легких, они методом случайного выбора были разделены на 2 группы: основную и группу сравнения. В основную группу вошли 24 пациента (средний возраст – 52,2±3,4 года), которым в раннем послеоперационном периоде проводилась ПГЭА на уровне T4-T5 с помощью микроинфузионной помпы фирмы «Vogt Medikal» (Германия) по Н. Breivik и G. Niemi (2003). Состав инфузии: ропивакаин 2 мг/мл+адреналин+2 мкг/мл+фентанил 2 мкг/мл со скоростью введения 5 мл/час в течение первых 5-6 сут после операции. В группу сравнения вошли 18 пациентов, которым в раннем послеоперационном периоде проводилась анальгезия с помощью болюсного введения местного анестетика (0,5% раствора наропина) в эпидуральное пространство с применением ненаркотических и наркотических анальгетиков в виде внутримышечного введения. Всем