

у 21 % пациентов. Симптоматическое лечение включало: дистанционную лучевую терапию – 9 %, полихимиотерапию – 3 %, оперативное лечение – 3 %, гормонотерапию – 3 %, 6 % больных отказались от лечения. Адекватное лечение ранних стадий РМЖ обеспечивает 5-летнюю выживаемость у 70 % больных. С увеличением стадии заболевания и при генерализации опухолевого процесса 5-летняя выживаемость резко снижается и составляет не более 45 %. Среднее время, которое проходит от момента специаль-

ного лечения больных ранними стадиями РМЖ у мужчин, до обнаружения отдаленных метастазов составляет 33 мес. Лечение IV стадии носит паллиативный характер и проводится с целью улучшения качества жизни больных. Конечной целью нашего исследования является разработка системы раннего выявления и профилактики злокачественных новообразований молочной железы у мужчин и внедрение разработанных рекомендаций в общую лечебную сеть.

## РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАХРОННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.И. МАРКОСЯН, А.Ф. ЛАЗАРЕВ, Л.А. ЧУРИЛОВА, В.Н. КУЗНЕЦОВА,  
О.А. МАТЯШ

*Алтайский филиал ГУ «Российский онкологический научный центр им Н.Н. Блохина РАМН»  
ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», г. Барнаул*

**Цель исследования** – оценить отдаленные результаты радикального лечения метакхронного рака молочной железы (РМЖ).

**Материал и методы.** В ГУЗ АКОД с 1995 по 2005 г. находились на лечении 34 больных метакхронным РМЖ. Частота метакхронного поражения молочных желез составила 1,2 %. Средний возраст больных – 50,2 года.

Распределение больных по стадиям с каждой стороны оказалось следующим:  $T_{1-2}N_0M_0$  и  $T_{1-2}N_0M_0$  – 7 (20,6 %) больных;  $T_{1-2}N_0M_0$  и  $T_{1-2}N_1M_0$  – 9 (26,5 %);  $T_{1-2}N_1M_0$  и  $T_{1-2}N_1M_0$  – 8 (23,5 %);  $T_{1-2}N_0M_0$  и  $T_{3-4}N_{0-2}M_0$  – 5 (14,7 %);  $T_{1-2}N_1M_0$  и  $T_{3-4}N_{0-2}M_0$  – 2 (5,9 %);  $T_{3-4}N_{0-2}M_0$  и  $T_{3-4}N_{0-2}M_0$  – 3 (8,8 %).

**Результаты.** Метакхронный рак в контралатеральной молочной железе развился в сроки от 1,5 до 23 лет. В большинстве случаев метакхронный рак был диагностирован в более ранних стадиях, что объяснялось онкологической настроженностью врачей и самих больных, а также мониторингом за пациентками, получившими специальное лечение. При метакхронном РМЖ ранние стадии выявлены у 13 (38,2 %) больных при первичном поражении и у 18 (52,9 %) – при раке контралатеральной молочной железы. По локализации опухоли преобладающими были

наружные и верхние квадранты молочных желез: у 27 (79,4 %) больных при первичном и у 23 (67,6 %) при метакхронном раке.

При метакхронном РМЖ преобладали инфильтративные формы опухолей: наиболее часто встречался инфильтративный протоковый рак – у 28 (82,3 %), инфильтративный дольковый – у 4 (11,8 %) больных. У 2 (5,9 %) больных установлено сочетание инфильтративного протокового рака, с одной стороны, и слизистого рака – с другой. У 29 (85,3 %) пациенток опухоли с обеих сторон были одинакового гистологического строения, у 7 (24,7 %) – различного. Исследования рецепторного статуса проведены у 28 (82,3 %) пациенток, из них рецептор-позитивные опухоли были обнаружены у 22 (78,6 %). На момент выявления первичной опухоли овариально-менструальная функция была сохранена у 18 (52,9 %), менопауза – у 16 (47,1 %) пациенток, при выявлении метакхронной опухоли эти показатели составили – 11 (32,4 %) и 33 (67,6 %) соответственно.

Хирургическое лечение метакхронного РМЖ, при первичном раке, получили 3 (8,8 %) больных, комбинированное – 7 (20,6 %), комплексное – 24 (70,6 %); при метакхронном раке контралатеральной молочной железы хирургическое лечение – 2

(5,9 %), комбинированное – 6 (17,6 %), комплексное – 26 (76,5 %) больных. Радикальная мастэктомия по Пейти при первичном раке выполнена у 6 (17,6 %) больных, при метакхронном раке – у 4 (11,8 %); по Маддену – у 30 (82,4 %) и 32 (88,2 %) больных соответственно. Неоадьювантная химиотерапия при первичном раке проведена 8 (23,5 %), лучевая терапия – 5 (14,7 %), химиолучевое лечение – 3 (8,8 %) больным; при контралатеральном раке молочной железы – 7 (20,6 %); 4 (11,8 %) и 5 (14,7 %) больным соответственно. Адьювантная терапия назначалась в соответствии с типом операции, морфологической формой опухоли и её рецепторным статусом. Адьювантная химиотерапия при первичном раке проведена 19 (55,9 %), лучевая – 3 (8,8 %) и химиолучевая терапия – 9 (26,5 %) больным; при метакхронном – 23 (67,6 %); 4 (11,8 %) и 14 (41,2 %) больным соответственно. Гормональное лечение проведено 16 (47,1 %) больным при первичном раке и 22 (64,7 %) – при метакхронном.

Анализ выживаемости в зависимости от вида лечения. При  $T_{1-2}N_0$  3-летняя общая выживаемость после хирургического лечения составила 92,3 %, после комбинированного – 92,8 %, после комплексного – 91,6 %; безрецидивная – 88,3, 87,9 и 87,8 % соответственно; 5-летняя общая выживаемость после хирургического лечения

составила 89,5 %, после комбинированного – 88,1 %, после комплексного – 89,2 %; безрецидивная – 84,1, 84,2 и 87,1 %. При  $T_{1-2}N_1$  3-летняя общая выживаемость после комбинированного – 85,4 %, после комплексного – 84,1 %; безрецидивная – 81,6 % и 83,8 % соответственно; 5-летняя общая выживаемость после комбинированного лечения – 78,2 %, после комплексного – 77,6 %; безрецидивная – 71,9 % и 74,5%. При  $T_{3-4}N_{0-1}$  3-летняя общая выживаемость после комбинированного лечения – 75,3 %, после комплексного – 74,1 %; безрецидивная – 69,6 % и 73,2 % соответственно; 5-летняя после комбинированного – 71,2 %, после комплексного – 72,4 %, безрецидивная – 64,7 % и 66,8 %. При  $T_{3-4}N_2$  3-летняя общая выживаемость после комбинированного лечения – 62,3 %, после комплексного – 64,1 %, безрецидивная – 9,3 % и 53,7 % соответственно; 5-летняя общая выживаемость после комбинированного – 51,4 % и комплексного – 50,3 %, безрецидивная – 44,3 % и 45,6 %.

**Выводы.** Общая и безрецидивная выживаемость при метакхронном РМЖ оказались ниже, чем среднестатистические показатели одностороннего РМЖ, что, вероятно, связано с суммированием очагов прогрессирования первого рака молочной железы и метакхронного рака и оказывает неблагоприятное влияние на прогноз.

## ТРАМ-ПЛАСТИКА ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

Д.Т. МИРРАХИМОВА, С.Л. ТЕН, А.А. КАЮМХОДЖАЕВ

*Ташкентский институт усовершенствования врачей  
Республиканский научный центр хирургии, г. Ташкент*

С внедрением в практику кожно-мышечных трансплантатов появились новые возможности в реконструктивно-восстановительной хирургии молочных желез. Основным кожно-мышечным трансплантатом является торако-дорзальный лоскут из широчайшей мышцы спины. Однако недостаточная масса лоскута и наличие выраженного рубца в донорской зоне на спине ограничивают показания для его применения для восстановления формы и объема утраченной груди. Поэтому в тех случаях, когда для пластики требуется большой объем ткани, наиболее оптимальным является использование кожно-

мышечного лоскута из передней брюшной стенки – TRAM-лоскута (Transversus Rectus Abdominal Myocutaneous Flap).

**Материал и методы.** TRAM-пластика выполнена у 32 женщин после мастэктомии. При решении вопроса о выполнении восстановительной операции нами оценивались следующие моменты: отсутствие рецидивов и метастазов, стадия и локализация опухоли, вид проведенного лечения, психическое состояние и возраст пациентки. Выполненные нами реконструктивно-пластические операции можно разделить на 2 группы: отсроченная пластика молочной желе-