

кого для носителей А-аллеля составил 1,72 ($CI_{95\%}$ 1,05–2,83). При анализе G369C-полиморфизма гена p21 показано увеличение частоты С-аллеля у больных раком легкого по сравнению с таковой у здоровых лиц (20,77 % и 11 % соответственно; $OR=2,12$ $CI_{95\%}$ 1,10–4,09).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об актуальности дальнейших исследований по оценке значимости полиморфизмов исследованных генов как фактора риска рака легкого.

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ КАК ЭТАПА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

К.И. КУЛАЕВ, В.Н. КОРОЛЁВ, О.С. ТЕРЕШИН, И.Ю. СУРОВЦЕВ, К.С. ЗУЙКОВ

ГЛПУ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер», ЮУНЦ РАМН, Уральская клиническая база ФГУ «Российский научный центр рентгенодиагностики Росздрава», г. Челябинск.

Актуальность. Одной из важных проблем на дооперационном этапе в лечении рака молочной железы является определение степени распространённости опухолевого процесса. По данным литературы, в 15,7–60,0 % рак молочной железы метастазирует во внутригрудные лимфоузлы.

Цель исследования. Определить частоту метастазов, сопоставить со стадией злокачественного процесса и дифференцировкой опухоли.

Материал и методы. С 2007 г. в условиях эндохирургического центра на базе маммалогического отделения Челябинского областного клинического онкологического диспансера у 93 больных выполнена видеоторакоскопическая парастернальная лимфаденэктомия как дополнение радикальной операции у пациенток с раком молочной железы. Парастернальная лимфаденэктомия проводилась вторым этапом после радикального хирургического вмешательства. Оборудование: Эндохирургические комплексы Olympus «Visera Pro», Karl Storz и Stryker. Использовался стандартный набор эндохирургического инструмента: эндоскоп с направлением угла зрения в 45°, эндохирургические зажимы, электрохирургический крючок, прямой и боковой клипатор, ретрактор, аргонно-плазменная установка.

Результаты. Средний возраст пациенток – $54,1 \pm 16,9$ года. I стадия опухолевого процесса была у 4 больных (4,4 %), IIa стадия – у 65 (69 %), IIb стадия – у 11 (11,8 %), IIIa стадия – у 9 (9,7 %), IIIb стадия – у 3 (3,2 %), IIIc стадия – у 2 больных

(1,9 %). Центральная локализация опухоли была у 43 больных (46 %), медиальная – у 50 (54 %). У 64 (70 %) пациенток была узловая форма, у 22 (23,5 %) – ограниченно-инфильтративная форма и отёчно-инфильтративная – у 7 (6,5 %) больных. Из 93 пациенток морфологически верифицированы метастазы в парастернальные лимфоузлы у 18 больных (19,3 %). Из них у 17 – был инфильтрирующий протоковый рак и у 1 – инфильтративно-дольковый. У 9 пациенток опухоль локализовалась в центре органа, у 9 – в медиальных квадрантах. Из 18 пациенток с метастазами в парастернальные лимфоузлы – у 10 больных (10,8 %) была IIa стадия, у 5 пациенток (5,4 %) – IIb стадия, у 2 пациенток (2,1 %) – IIIa стадия, у 1 (1 %) – IIIc стадия опухолевого процесса. По степени дифференцировки опухоли у 11 пациенток (11,85 %) они расценены как средней степени дифференцировки, у 5 (5,35 %) – низкой степени дифференцировки, у 2 (2,1 %) – высокой степени дифференцировки. У остальных 75 пациенток метастазы в загрудинные лимфоузлы не выявлены. Всем больным на дооперационном этапе проводилось ультразвуковое исследование. На дооперационном этапе у 12 (12,9 %) пациенток при УЗИ обследовании было выявлено увеличение парастернальных лимфоузлов. Продолжительность видеоторакоскопического этапа операции составила от 50 до 120 мин.

Выводы. По данным нашего исследования, метастазы в загрудинные лимфоузлы при раке

молочной железы встречаются в 19,3 % случаев. Среди больных с метастазами в загрудинные лимфоузлы преобладают больные с IIa стадией, центральной локализацией опухоли и умеренной степенью дифференцировки опухолевых

клеток. Метастазы в загрудинные лимфоузлы также отмечены у 5 пациентов с IIb стадией, причём первичная опухоль была с умеренной степенью дифференцировки и локализовалась в центре органа.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ С РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ЭНДОПРОТЕЗАМИ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

Д.Е. КУЛЬБАКИН

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск.

Актуальность. Рак гортани занимает лидирующую позицию в структуре злокачественных новообразований области головы и шеи. Учитывая роль, которую гортань играет в жизни человека, при определении оптимальной тактики лечения рака гортани необходимо учитывать не только выживаемость, но и функциональные исходы. Существуют различные методики резекций гортани с отсроченной и одномоментной реконструкцией, однако обычно они выполняются при ранних стадиях. Больным с местно-распространенными стадиями рака гортани, в плане комбинированного лечения, чаще выполняют ларингэктомию. Частыми последствиями ее являются социальная изоляция, потеря работы и депрессия. Хотя большое внимание обычно обращают на потерю голоса, наличие трахеостомы оказывает на качество жизни не меньшее влияние. Относительно органосохраняющих операций у больных с рецидивами рака гортани после радикального курса лучевой терапии существует негативное мнение. Обычно этим больным выполняется ларингэктомия, за исключением $гT_1$. Таким образом, актуальность вопросов разработки и совершенствования способов органосохраняющего хирургического лечения рака гортани несомненна.

Материалы и методы. Пролечено 8 больных с раком гортани T_1 – T_3 стадиями. Среди них мужчин – 7 (87,5 %) и 1 (12,5 %) женщина. По результатам комплексного обследования осуществлялась оценка местной распространенности с определением объема резекции.

Всем больным выполнялись органосохраняющие резекции (переднебоковая, фронтальная, широкая фронтальная) с реконструкцией эндопротезами на основе ткани из никелида титана, созданных по оригинальной методике. В плане комбинированного лечения (с предоперационной лучевой терапией СОД 40 Гр) данные резекции выполнены 3 больным (37,5 %) (T_1 – 2 больных, T_3 – 1 больной). По поводу рецидива рака гортани после радикального курса лучевой терапии данные резекции выполнены 5 больным (62,5 %) ($гT_2$ – 3 больных, $гT_3$ – 2 больных). Широкие резекции чаще выполнялись больным с рецидивами рака гортани ввиду обширного местного распространения. Изоляция эндопротеза от полости гортани осуществлялась при помощи перемещенного мышечного лоскута – в 7 случаях (87,5 %) и методом префабрикации эндопротеза – 1 случай (12,5 %). Метод реконструкции зависел от объема резекции, функциональной сохранности оставшихся структур гортани и предшествующего лечения. Оценка функциональных и онкологических результатов в послеоперационном периоде осуществлялась по данным клинического осмотра, фиброларингоскопии с прицельной биопсией и спиральной компьютерной томографии.

Результаты. Внутренняя выстилка гортани во всех случаях была состоятельна (участки эндопротеза в просвете гортани не визуализировались). Все больные были деканюлированы в сроки от 14 до 28 дней после операции. Дыхание через гортань полностью восстановилось. Са-