

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).

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 рентгенорадиологии 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 внутргрудные 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 маммологического отделения Челябинского областного клинического онкологического диспансера у 93 больных выполнена видеоторакоскопическая паракостальная лимфаденэктомия как дополнение радикальной операции у пациенток с раком молочной железы. Паракостальная 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, аргоноплазменная установка.

Результаты. Средний возраст пациенток – 54,1 ± 16,9 года. I стадия опухолевого процесса была у 4 больных (4,4 %), II стадия – у 65 (69 %), III стадия – у 11 (11,8 %), IV стадия – у 9 (9,7 %), V стадия – у 3 (3,2 %), IV стадия – у 2 больных

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

(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-инфилтративная форма и отечно-инфилтративная – у 7 (6,5 %) больных. Из 93 пациенток морфологически верифицированы метастазы в паракостальные 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 паракостальные лимфоузлы – у 10 больных (10,8 %) была I стадия, у 5 пациенток (5,4 %) – II стадия, у 2 пациенток (2,1 %) – III стадия, у 1 (1 %) – IV 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 паракостальных 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 rT_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 %) (rT_2 – 3 больных, rT_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-