

лез с прицельной пункционной аспирационной биопсией под ультразвуковым наведением.

Ультразвуковое исследование выполняли в масштабе реального времени с помощью датчиков 7.5-10 Мгц. Серошкальная эхография проводилась в сочетании с цветовым доплеровским картированием кровотока. Сканирование молочных желез проводили последовательно, в разных плоскостях, при различных углах наклона датчика, степени компрессии железы и интенсивности ультразвука. При нахождении узлового образования обязательным было его полипозиционное исследование.

Из 457 пациенток опухоль соответствовала первой стадии у 95 (25,3%), второй – 231 (48,8%) и третьей – 127 (35,5%) женщин.

Возраст больных варьировал в пределах 24-77 лет (средний возраст – 52,3 года). У 57 (12,4%) человек заболевание было выявлено при профилактическом осмотре.

Результаты и обсуждение.

Средний размер злокачественных опухолей молочной железы составил $2,1 \pm 0,52$ см. Опухолевые узлы размером до 1 см выявлены у 41 (9%), от 1 до 1,9 – 54 (11,8%), от 2 до 4,9 – 253 (55,4%) и выше 5 см – 109 (23%) больных.

При злокачественных новообразованиях молочных желез опухолевый узел сонографически выявлен у всех 457 больных, при этом заключение о раке сделано у 408 (89,8%) пациенток. Наиболее частыми эхографическими признаками опухоли являлись пониженная эхогенность (89%) и неоднородность внутренней структуры узла (89,8%), а также его неровные (69%) и нечеткие (57,3%) контуры. Реже – у 52,2% определяли несоответствие ультразвуковых и пальпаторных размеров опухоли, а также – дорсальную акустическую тень (48,7%).

Наличие микро- и макро обызвествлений было выявлено у 45 (9,8%) больных. При цветовом доплеровском картировании васкуляризация опухоли обнаружена у 252 (55,3%) пациенток.

Применение пункционной биопсии образования под ультразвуковым контролем позволило морфологически верифицировать диагноз у 437 (95,6%) пациенток.

Выводы:

1. Ультразвуковое исследование является высокоэффективным методом диагностики рака молочной железы.

2. Применение прицельной пункционной биопсии и доплерографии дают возможность повысить чувствительность сонографии с 89,8% до 95,6%.

СТАДИРОВАНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО КРИТЕРИЮ N EX VIVO

В.Ю. Фролова, Д.С. Турсуметов

Республиканский КОД, г. Уфа
Башкирский ГМУ

Совершенствование лечения рака молочной железы во многом определяется возможностями адекватного стадирования по критерию N. Оценка состояния регионарного лимфатического аппарата при раке молочной железы определяется в три этапа. Дооперационный этап – достоверность может достигать 50-60% за счет использования современных неинвазивных технологий (УЗИ, КТ, МРТ), в том числе радиоизотопных. Интраоперационный этап – где многое зависит от технологии регионарной лимфатической диссекции – «слепой» или «зрячей». При так называемой, «слепой» диссекции, когда с молочной железой удаляется жировая клетчатка подмышечной области, на этапе операции достаточно сложно достоверно стадировать процесс по критерию N. В этой ситуации окончательное исследование препарата будет проведено после завершения хирургического вмешательства. При втором варианте, а именно с использованием «зрячей» технологии, достоверность возрастает до 90%. Выделение лимфатических узлов и сосудов в ране становится возможным, благодаря современным технологиям ультразвуковых диссекций. Визуальная оценка лимфатической системы подмышечной области, равно как и других зон метастазирования рака молочной железы, дополненная интраоперационной морфологической верификацией узлов, позволяет не только объективно стадировать рак, но и выполнять лимфосохранные операции при раке молочной железы. Послеоперационный этап – когда стадирование рака молочной железы производится по критерию N.

В настоящее время в большинстве лечебных учреждений, выделение лимфатических узлов из препарата производится обычным рутинным способом – с помощью ножниц, скальпеля и пинцета. Минимальное количество лимфатических узлов, необходимое для послеоперационного исследования в разных странах не одинаковое. Так, в Японии, это примерно 30, в Европейских странах около 20, в России и в странах СНГ – 10-12. Понятно, что чем больше узлов взято на исследование, тем точнее стадия рака, тем больше возможностей для формирования факторов прогноза и индивидуализации лечения больного. В стандарте при раке молочной железы считается достаточным определения количества поражен-

ных лимфатических узлов и ряда морфологических характеристик.

Цель исследования: совершенствование стадирования рака молочной железы по критерию *N ex vivo* на основе использования современных ультразвуковых технологий.

Материал и методы.

Исследование выполнено в Башкирском республиканском клиническом онкологическом диспансере в 2008-09 годы. У 100 женщин, страдавших раком молочной железы II–III ст. проводилось детальное изучение иссеченной жировой клетчатки аксиллярной зоны. Для выделения лимфатических узлов и сосудов использовался аппарат LySonix 3000® с PulseSelect™.

Изучение современной научной литературы, касающейся стадирования рака молочной железы по критерию *N*, первый положительный клинический опыт технологии сонолипострукции полученные на кафедре хирургии и онкологии с курсом ИПО БГМУ (патенты на изобретения: «Способ стадирования рака *in vitro*», патент на изобретение №2333776 от 20.09.2008; «Способ лечения рака молочной железы», патент на изобретение № 2337634 от 10.11.2008; «Способ анатомического препарирования сосудисто - нервного пучка и лимфатического аппарата на свежих трупах», патент на изобретение № 2343837 от 20.01.2009 г.) позволили продолжить работу по совершенствованию послеоперационного стадирования рака молочной железы по критерию *N*.

Результаты и их обсуждение.

В литературе отсутствуют сведения о технике выполнения сонолипострукции для лимфатической диссекции, поэтому нами эмпирически рассмотрены 2 типа лимфатических диссекции (ЛД): 1 - от пальпируемого наиболее крупного лимфатического узла; 2 - вне зоны расположения лимфатических узлов.

Из 100 диссекции в 70 случаях был использован первый тип ЛД. Он оказался наиболее простой, технически легко выполнимый. Исследование проводится по принципу от первого узла к последующим, соблюдается анатомический принцип.

Нами проведено изучение количество лимфатических узлов, которые удалось выделить при СЛД. Данное исследование проведено на 50 комплексах, пациентов которые не получили предоперационной лучевой терапии и химиотерапии. Максимальное количество выделенных лимфатических узлов составило 35, минимальное - 3. Среднее количество колебалось в пределах 20. Но это были все лимфатические узлы, которые было возможно визуализировать. При проведении исследования важно, используя простые

приемы, определять зоны возможного метастазирования.

Выводы.

Таким образом, полученные данные показали высокую результативность технологии СЛД при стадировании рака молочной железы *ex vivo*, так как удается выделить все лимфатические узлы (100%), определить возможные пути движения лимфы за счет метастатической блокады лимфатических узлов и афферентных лимфатических сосудов, селективно производить забор материала для гистологического исследования.

Представленные данные достаточно убедительно демонстрируют новые возможности сонолипострукции в уточняющей диагностике и метастатического поражения лимфатических узлов при раке молочной железы. Считаем, что методика СЛД имеет круг показаний и может использоваться в клинической онкологии для стадирования рака молочной железы по критерию *N ex vivo*.

ФИБРОБРОНХОСКОПИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО III СТАДИИ

О.В. Черемисина, А.Ю. Добродеев, А.А. Завьялов, С.А. Тузилов, С.В. Миллер

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

В настоящее время хирургия рака легкого достигла высокого уровня, однако 5-летняя выживаемость больных резектабельным немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) IIIA стадии, по данным литературы, колеблется от 5 до 35%. Резервы улучшения показателей выживаемости при местнораспространенном НМРЛ связаны с разработкой и широким использованием в клинической практике методов комбинированного лечения. За последнее десятилетие появился целый ряд химиопрепаратов, применение которых в сочетании с производными платины на предоперационном этапе существенно изменило возможности комбинированного лечения НМРЛ. Предоперационная химиотерапия у больных раком легкого предъявляет повышенные требования к правильной оценке распространенности опухоли, степени ее регрессии и контролю на этапах лечения. Существующие рентгенологические методы диагностики злокачественного процесса и его динамики в процессе лечения обла-