

(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 Miocutaneous 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-

зы, когда реконструкцию выполняли спустя 6 и более мес после радикальной мастэктомии, и первичная пластика молочной железы, когда за радикальной операцией следовала немедленная реконструкция молочной железы. У 7 больных была выполнена отсроченная, у 25 больных – первичная пластика груди. 24 женщинам была произведена свободная TRAM-пластика на микрососудистых анастомозах и у 8 больных – методом перемещения на мышечной ножке. Восстановление груди проводилось в основном на ранних стадиях заболевания (IIA, IIB) и у 2 больных была IIIa стадия.

**Результаты.** Полученные эстетические результаты можно считать удовлетворительными.

В 2 случаях произошел краевой некроз перемещенного лоскута, что потребовало повторной операции. В 3 случаях были осложнения в виде послеоперационных грыж брюшной стенки.

**Выводы.** Данный метод позволяет восстанавливать грудь адекватного объема без использования синтетических имплантатов, так как размеры TRAM-лоскута бывают достаточно массивными. Кроме того, при этой методике производится одномоментная абдоминопластика с косметически выгодным расположением послеоперационного рубца в нижнем отделе живота. На наш взгляд, TRAM-лоскут можно считать наиболее удобным способом восстановления груди после мастэктомии.

## НЕЙТРОННАЯ ТЕРАПИЯ КАК СПОСОБ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Л.И. МУСАБАЕВА, В.А. ЛИСИН

*ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»*

**Цель исследования** – обоснование применения предоперационного курса нейтронной терапии у больных местно-распространенными формами рака молочной железы (МР РМЖ)  $T_{2-4}N_{0-2}M_0$ .

**Материал и методы.** Определены показания для применения разработанного способа лечения – предоперационного курса нейтронной терапии у больных местно-распространенными формами рака молочной железы. С увеличением размеров патологического очага в молочной железе возрастает резистентность опухолевых клеток как к проводимой лекарственной, так и лучевой терапии фотонным излучением, вследствие чего резко ухудшается прогноз для жизни больных. Так, частота нахождения раковых эмболов в кровеносных и лимфатических сосудах ткани молочной железы при размере опухоли от 2,5 до 5 см наблюдается в 19,2–24 % случаев, при этом опухолевые клетки могут переносить воздействие химио- и лучевой терапии редкоизирующим фотонным излучением и являться причиной возникновения местных рецидивов. Большая эффективность быстрых нейтронов в

сравнении с фотонами связана с гораздо меньшей способностью к репарации первичных цитогенетических повреждений, вызываемых нейтронами. Так, эффективность быстрых нейтронов 6,2 МэВ по показателям восстановления разрывов ДНК и угнетения биосинтеза ДНК более выражена в относительно резистентные периоды клеточного цикла. Отличительные радиобиологические свойства быстрых нейтронов от редкоизирующего излучения позволяют рассматривать применение нейтронной терапии в качестве одного из путей повышения эффективности лучевой терапии. Поглощенная доза быстрых нейтронов для жировой ткани выше до 20 % в сравнении с мышечной тканью, что может оказывать повреждающее действие на клинически не обнаруживаемые, мультицентричные очаги опухоли в молочной железе. Идея применения быстрых нейтронов 6,3 МэВ у больных МР РМЖ в качестве предоперационного курса для интенсификации воздействия на опухоль возникла после наблюдения за выраженной 100 % регрессией метастазов рака молочной железы после нейтронной терапии.