

Однако эти стенты имеют ряд недостатков: фиксированный диаметр, недостаточная эластичность, сложная методика установки стента в просвет пищевода, выраженный и длительный болевой синдром после манипуляции.

С 2002 года для стентирования трахеи в нашей клинике используются саморасправляющиеся стенты Polyflex Stent, Rusch/Germany. В настоящий момент эти стенты не поставляются в Россию (рис. 3).

На протяжении последних полутора лет мы проводим стентирование стентами M.I.Tech. Одно стентирование стентами M.I.Tech произведено ввиду трахеомалации длиной — 10,0 см.

Среди постимплантационных осложнений большинство авторов отмечают следующие:

- перфорация или надрыв слизистой стенки трахеи;
- миграция стента;
- кровотечения;
- аспирация во время имплантации;
- аспирационные пневмонии;
- кратковременное повышение температуры тела;
- боли после имплантации;
- пневмоторакс;
- пневмомедиастинум.

В нашей практике мы не получили ни одного осложнения. Практически все пациенты отмечали дискомфорт после имплантации, который купировался во временном промежутке от суток до 10 дней под действием анальгетиков.

В таблице приведены виды использованных стентов, причины стентирования.

Таблица. Виды стентов и количество стентирований

Стенты	Стенозы трахеи	Трахеомалации	Сдавление правого главного бронха mts в средостение	Эзофаго-респираторные свищи	Всего
ЗАО «Мед Сил» г. Мытищи	6				6
Rusch/Germany	5	1		4	10
M.I.Tech	1	2	1	1	5
Всего стентирований	12	3	1	5	21

В заключение следует подчеркнуть, что стентирование стенозов трахеи и эзофаго-респираторных фистул является сложной и актуальной задачей практической медицины. Для успешного ее решения должен применяться индивидуальный подход к выбору способа лечения. Для этой цели могут применяться новые современные методики, улучшающие качество жизни пациентов и дающие хороший лечебный эффект. Наиболее передовым методом является стентирование как наименее травматичное и весьма эффективное вмешательство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Русаков М. А. Эндоскопическая хирургия опухолей и рубцовых стенозов трахеи и бронхов. — М., 1999.
2. Муравьев В. Ю. Комбинированная деструкция опухолей дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта. Автореф. Дис. д.м.н. — Казань. — 1997. — 38 с.
3. Паршин В. Д. Хирургия рубцовых стенозов трахеи. М. 2003. 152 с.

Видеоэндоскопические и реконструктивно-пластические операции в комбинированном и комплексном лечении рака молочной железы III стадии

А. Х. ИСМАГИЛОВ, Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань Россия
С. Н. НАВРУЗОВ, З. П. БЕКНАЗАРОВ
Республиканский онкологический научный центр МЗ РУЗ, г. Ташкент, Узбекистан
Р. Ш. ХАСАНОВ, Приволжский филиал РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Рак молочной железы (РМЖ) считается одной из основных проблем онкологии и ведущей причиной смерти женщин в экономически развитых странах мира [7, 8, 9, 12]. На протяжении последних десятилетий отмечается неуклонный рост заболеваемости и смертности от этого заболевания. Число вновь заболевших РМЖ продолжает увеличиваться и к 2010 г. может достичь 1,5 млн. человек [1]. В числе основных причин неудовлетворительных результатов лечения РМЖ следует считать несвоевременную диагностику заболевания, а также недостаточную эффективность используемых методов терапии, тем более что в 55–60% случаев к моменту лечения уже наблюдается местнораспространенный опухолевый процесс [2]. В 2003 году было зарегистрировано 46300 новых случаев РМЖ, 25,4% из них составил рак III стадии и ежегодно в России выявляется 11–12 тысяч больных РМЖ III стадии. В 2005 году РМЖ составил 10,6% всех вновь выявленных злокачественных новообразований у женщин [3].

В лечении первичного РМЖ III стадии, характеризующемся своеобразным клиническим течением, объемом поражения на определенных этапах используются все существующие методы лечения — хирургический, лучевой, гормональный и химиотерапевтический. Важнейшим из них является тот или иной вид предоперационной терапии, направленной на создание оптимальных условий для проведения оперативного вмешательства. Основным типом оперативного вмешательства при этой стадии болезни является радикальная мастэктомия (РМЭ). Однако успехи неoadъювантного этапа делают возможным выполнение органосохраняющих вмешательств, таких, как радикальная резекция. При желании пациентки возможно выполнение радикальных операций с первичной или отсроченной маммопластикой. Адъювантная химиотерапия должна проводиться обязательно, при этом количество курсов — не менее 6. При положительном рецепторном статусе опухоли с целью гормонотерапии 1-й линии ис-

пользуется тамоксифен в стандартных дозах. У менструирующих женщин препарат назначают в стандартной дозировке не менее 5 лет после предварительной кастрации (оперативной, лекарственной или лучевой) [4].

Традиционно выбор метода адъювантной терапии основывается на важнейших прогностических признаках — степени вовлечения в опухолевый процесс регионарных лимфатических узлов и размеров опухоли, ее гистологической структуры, рецепторного статуса больных, уровня показателей тканевых маркеров (HER-2/neu, p53, уровня эстроген-связанного белка pS2). Наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах — отягчающий прогноз признак, указывающий на обязательность адъювантной системной терапии. В то же время ответ на гормоно- и химиотерапию зависит от биологических особенностей опухоли. В этом отношении важное значение имеет определение в опухоли содержания рецепторов стероидных гормонов [5].

Особый интерес вызывает РМЖ центральной и медиальной локализации, при котором выполняется видеоторакоскопическая парастеральная лимфадиссекция, предложенная Е. И. Сигалом в 1995 году [6].

Мы посчитали целесообразным поделиться своими наблюдениями, учитывая актуальность вопроса выполнения видеотрактороскопических и различных способов реконструктивно-пластических операций при РМЖ III стадии.

Материалы и методы

Проанализированы 75 больных с радикальными операциями различными вариантами одномоментных реконструктивно-пластических операций при раке молочной железы III стадии T 1-4 N0-3M0 у больных женщин от 24 до 56 лет (в среднем 35,5 лет) за период с 1999 по 2007 гг. (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных по возрасту

Возраст (лет)	До 30	31-40	41-50	Старше 50	Итого
Количество больных	8	32	32	5	75

При клиническом анализе исследуемой группы больных III A стадия заболевания была диагностирована у 37 пациенток и у 38 больных III B стадия (табл. 2).

Таблица 2. Распределение больных в зависимости от стадии рака молочной железы

Стадии рака молочной железы	TNM	Количество больных
III A	T ₁ N ₀ M ₀	7 (9,3%)
	T ₂ N ₀ M ₀	26 (34,7%)
	T ₃ N ₁ M ₀	3 (4%)
	T ₃ N ₂ M ₀	1 (1,3%)
III B	T ₄ N ₀ M ₀	4 (5,3%)
	T ₄ N ₁ M ₀	8 (10,7%)
	T ₄ N ₂ M ₀	12 (16%)
	T ₁ N ₃ M ₀	7 (9,3%)
	T ₂ N ₃ M ₀	4 (5,3%)
	T ₃ N ₃ M ₀	2 (2,7%)
	T ₄ N ₃ M ₀	1 (1,3%)
Итого		75 (100%)

В 35 случаях лечение начато с радикальных операций, где III стадия по TNM была верифицирована после ответа гистологического исследования, в 40 случаях — при наличии объективной стабилизации после проведенной неадъювантной химио-лучевой терапии. В 44 случаях выполнена мастэктомия с одномоментной реконструкцией TRAM-лоскутом. В 17 случаях — транспозиция TDL-лоскута. 14 операций проведено с имплантацией экспандера под большую грудную мышцу.

В 29 случаях при расположении опухоли в центральном и медиальном квадранте были выполнены видеоторакоскопические и различные варианты одномоментных реконструктивно-

пластических операций. В 15 случаях выполнена мастэктомия одномоментно с видеоторакоскопической парастеральной лимфадиссекцией и реконструкция TRAM-лоскутом. Из них в одном случае выполнена «центральная подкачка» (дополнительная реваскуляризация между а. и v. epigastrica inferior и а. и v. thoracica interna). В 5 случаях — радикальная резекция с видеоторакоскопией и транспозицией TDL-лоскута. 9 операций проведены с видеоторакоскопической лимфадиссекцией и имплантацией экспандера под большую грудную мышцу.

Выполнено 9 лапароскопических овариэктомий в процессе комбинированного и комплексного лечения рецептор-положительного рака (45 случаев из 75) молочной железы III стадии у менструирующих больных. 2 операции — после реконструкции TDL-лоскутом у пациенток III A стадии. 5 операций после одномоментной реконструкции TRAM-лоскутом (2 случая у больных III A стадии и 3 случая — III B стадии). 2 операции (у больных с III A и III B стадиями болезни) после реконструкции экспандером. Все больные в послеоперационном периоде получали комбинированную и комплексную терапию по показаниям.

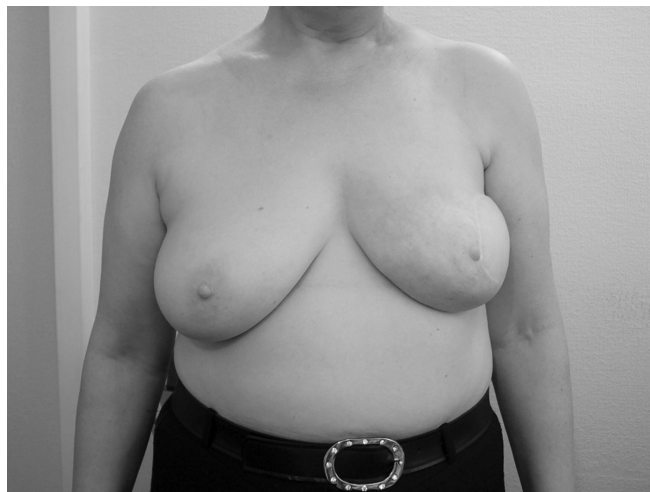
Результаты и обсуждение

Для использования торакодорзального лоскута (предложенного I. Tansini [11] в 1906 г.) при РМЖ III стадии показаниями к данному типу операции служили:

- 1) небольшая опухоль (до 3 см) (средний размер опухоли составил — 2,7 см) на фоне малой и средней МЖ (рис. 1);
- 2) наличие объективной стабилизации после проведенной неадъювантной химио-лучевой терапии (в 10 случаях из 17);
- 3) в одном случае, с целью возмещения большого дефекта кожи при РМЭ по Пейти при удалении опухоли диаметром 16 см.

Из-за бесспорного преимущества этого метода — наличия хорошего кровоснабжения лоскута в раннем послеоперационном периоде, — был отмечен всего 1 случай краевого некроза. Был выявлен рецидив опухоли через 2 года после использования этого лоскута с целью возмещения большого дефекта кожи, который в дальнейшем был иссечен.

Рисунок 1. Радикальная резекция молочной железы с торакодорзальной пластикой



При использовании ректо-абдоминального лоскута (предложенного J. Fernandez 1968 году [10]) при РМЖ III стадии показанием к данному типу операции служил большой размер опухоли на фоне средней и большой молочной железы (рис. 2).

Преимущество этого метода — потенциально большой объем перемещаемых тканей, а недостатком является неадекватное кровоснабжение, и, как следствие, высокий риск краевых некрозов. Средний размер опухоли у наших больных — 3,9 см. В 10 случаях использования этого лоскута с РМЭ по Пейти и одномоментной видеоторакоскопической парастеральной лимфадиссекции III стадия заболевания по TNM была верифицирована после гистологического исследования удаленного препарата





Рисунок 2. Мастэктомия по Пейти с одномоментной пластикой TRAM-лоскутом

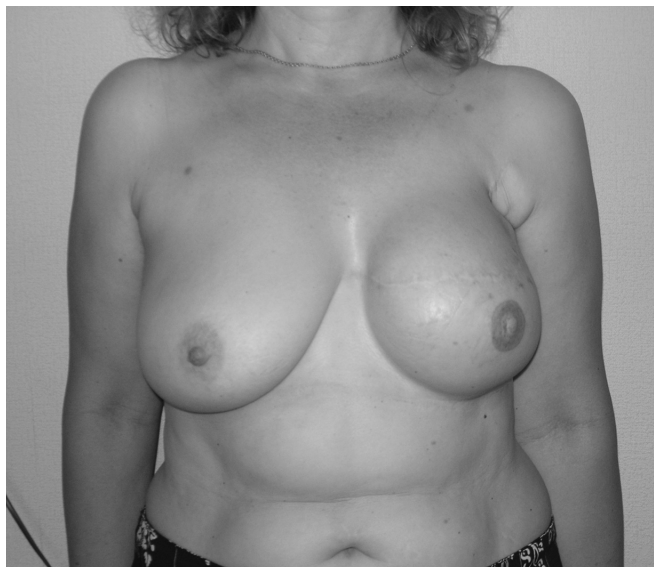


Рисунок 3. Мастэктомия по Пейти с установкой экспандера

и лимфатических узлов. В 25 случаях была проведена неoadъювантная химиолучевая терапия. В 38 случаях (86,6%) реконструкция производилась транспозицией TRAM-лоскута на питающей ножке контралатеральной прямой мышцы живота. В 4 случаях из 44 (9,1%) использовалась транспозиция на питающих ножках обеих прямых мышц живота. Послеоперационных грыж не отмечалось. В одном случае выполнена TRAM-пластика с латеральной «подкачкой» между а. и v. epigastrica inferior и а. и v. thoraco-dorsalis. В одном случае выполнена оригинальная методика микрохирургической подкачки — «медиальная подкачка» — где в процессе видеоторакоскопической лимфаденэктомии производится дистальное пересечение внутригрудных сосудов, их мобилизация с окружающей парастеральной клетчаткой и с заключенными в ней лимфатическими узлами, после чего блок вывихивается в первом межреберье. Производится скелетизация сосудов, клетчатка отправляется на гистологическое исследование и накладывается микрососудистый анастомоз между внутригрудными и нижними надчревными сосудами (схема 1).

При использовании TRAM-лоскута отмечено 5 случаев краевого некроза (11,4%), 2 случая расхождения краев раны с последующим ушиванием, 2 рецидива опухоли после двух лет, которые были иссечены.

При использовании экспандеров и эндопротезов (14 случаев) преимуществом метода являлась простота выполнения операции.

Средний размер опухоли в этих случаях составлял 2,75 см. В 10 случаях из 14 лечение начиналось с оперативных вмешательств. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Для создания симметрии выполнялось вмешательство на здоровой молочной железе (рис. 3).

Пластику соска осуществляли трехлепестковым методом, ареола выполнялась при помощи косметического татуажа. Кроме осложненных случаев во всех остальных отмечен хороший косметический результат. Общая пятилетняя выживаемость при III A стадии составила $78,4 \pm 3,6\%$ и $63,3 \pm 3,2\%$ с III B стадией заболевания.

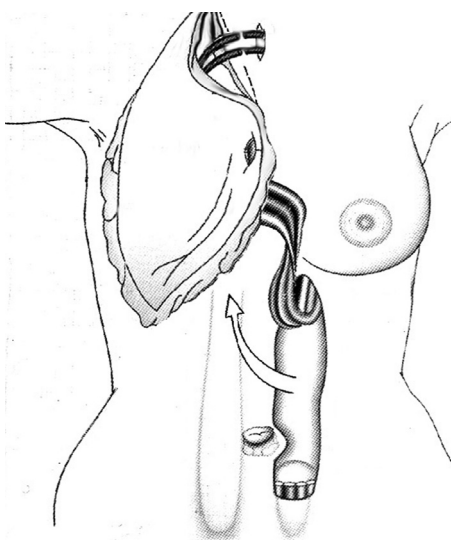


Схема 1

Резюмируя вышеизложенное, можно сделать вывод, что радикальные операции с одномоментными реконструктивно-пластическими операциями, а также с видеоэндоскопией у больных с III стадией РМЖ способствуют уточнению стадии заболевания, не влияют на течение болезни, не увеличивают количество послеоперационных осложнений, не препятствуют проведению комбинированной и комплексной терапии и улучшают качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельшер Л. З., Праздников Э. Н., Чистяков С. С. Пред- и интраоперационная диагностика клинически не визуализируемых метастазов рака молочной железы в подмышечных лимфатических узлах. // Российский онкологический журнал. — 2005. — № 3. — С. 4-8.
2. Гершанович М. Л. // Совр. онкол. — 1999. — Т. 1, № 1. — С. 16-17.
3. Злокачественные новообразования в России в 2005 г. (заболеваемость и смертность). / Под ред. В. И. Чиссова и др. — М., 2007.
4. Летягин В. П. Опухоли молочных желез. // Маммология. — 2005. — № 1. — С. 14-22.
5. Практическое руководство по клинической маммологии. / Под ред. М. И. Давыдова и В. П. Летягина — М., 2004. — 128 с.
6. Сигал Е. И., Хамидуллин Р. Г., Дружков Б. К. и др. Видеоторакоскопическая парастеральная лимфаденэктомия при раке молочной железы. // Материалы 1 съезда онкологов стран СНГ. — М., 1996. — С. 515-516.
7. American Cancer Society; Cancer Facts and Figures 2007. Atlanta, American Cancer Society; Last accessed January 31, 2007.
8. Gairard B., Mathelin C., Schaffer P., Brettes J. P. Breast Cancer: epidemiology, risk factors, screening. // Rev. Prat., Jan 1998; 48 (1): 21-27.
9. Cheng H. D., Jiguang Li. Fuzzy homogeneity and scale-space approach to color image segmentation. Pattern Recognition. — 2003. — 36 (7). — P. 1545-1562.
10. Fernandez J. reconstruction mammaria. // Bol. Trab. Soc. Cir. Buenos Aires. — 1968. — Vol. 50. — P. 86.
11. Tansini I., Sopra il mio nuovo processo di amputazioni della mammella. // Gaz. Med. Ital. — 1906. — № 57. — P. 141.
12. Wickman M. Rapid versus slow tissue expansion for breast reconstruction: a three-year follow-up. // Plast. Reconstr. Surg. — 1995. — V. 95 (4). — P. 712-718.