

Объем удаляемых тканей при радиальной резекции включает в себя: сектор ткани молочной железы с опухолью, подлежащей фасцией большой грудной мышцы; подмышечной, подлопаточной и подключичной клетчаткой.

При латеральной локализации опухоли операция выполняется из одного разреза, при медиальной - из двух (отдельно сектор с опухолью, отдельно – лимфаденэктомия).

Противопоказания к выполнению радикальной резекции:

1. Удаленность опухоли от сосково-ареолярного комплекса не менее 2 см.
2. Центральная локализация опухоли.
3. Мультицентрический рост.
4. Размер опухоли более 3 см.
5. Нежелание пациентки сохранить грудь.
6. Заведомо неудовлетворительный эстетический результат (соотношение размера опухоли и объема молочной железы).
7. Мутация генов BRCA I-II.

Учитывая повышение риска местного рецидива, радикальная резекция всегда дополняется облучением оставшейся части молочной железы.

В маммологическом отделении Тюменского ООД за последние десять лет выполнено 4250 радикальных операций по поводу рака молочной железы. Из них 16% составили радикальные резекции.

Процент местных рецидивов после органосохраняющих операций составил 3,8%.

При анализе соотношения радикальных мастэктомий и органосохраняющих операций за период с 2000 по 2010 гг. установлено, что за последние десять лет в маммологическом отделении ТООД увеличилось количество органосохраняющих операций по поводу рака молочной железы. В 2006 году наблюдается резкий рост количества радикальных резекций (с 12% до 27%), а в течение последующих пяти лет показатели стабилизировались. В настоящее время процент органосохраняющих операций составляет 24,6%.

Выводы: Сочетание всех вышеперечисленных противопоказаний для проведения радикальных резекций мы находим сегодня более, чем у 75% пациенток, что не позволяет увеличить количество выполняемых органосохраняющих операций. Путем к увеличению их количества, является выявление рака в более ранних стадиях.

#### **СПОСОБ БОРЬБЫ С ЛИМФОРЕЕЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*О.Н. Царев, Ю.И. Гольдман, Е.В. Сидоров*

Тюменский ООД

Хирургический метод является основным в лечении больных с узловыми формами рака мо-

лочной железы. Независимо от объема резецируемых тканей, практически всегда выполняется подмышечно – подключично - подлопаточная лимфаденэктомия. Лимфорея в послеоперационном периоде наблюдается в 100% случаев. При этом, примерно у 1/3 больных она носит длительный (до 4-6 месяцев) характер. Риск её развития особенно высок у больных старше 60 лет, страдающих ожирением и получивших предоперационную лучевую и/или химиотерапию.

После лимфаденэктомии из-за недостаточного прилегания кожных лоскутов к грудной стенке и пересечения значительного числа лимфатических сосудов в ране начинает собираться серозная и кровянистая жидкость, что часто приводит к нагноению. Это значительно увеличивает сроки госпитализации и количество амбулаторных визитов. Из-за этого часто возникает отсрочка проведения адъювантной терапии.

С марта 2010 г. в маммологическом отделении Тюменского ООД выбрана методика профилактики длительной лимфорреи. После выполнения основных этапов операции производится отсечение реберного конца малой грудной мышцы и подшивание его к клетчатке в подмышечной области (миопластика). Далее, проводится подшивание кожного лоскута к передней зубчатой мышце. Это позволяет значительно уменьшить остаточную полость, создаются благоприятные условия для сращения стенок раны.

За прошедшее время нами было выполнено 817 радикальных операций (мастэктомий и резекций молочной железы). У 208 больных хирургическое вмешательство выполнялось по «классической» схеме, а остальным 609 пациенткам оно дополнялось миопластикой и подшиванием кожного лоскута.

Мы сравнили объем и длительность послеоперационной лимфорреи у больных в обеих группах. В результате: при прочих равных условиях, количество отделяемой жидкости у пациентов, которым выполнялась миопластика, в среднем сократился на 50%. При этом дренаж удалялся на 4-7 сутки, что вдвое раньше, чем в контрольной группе.

Выводы. Использование миопластики малой грудной мышцей и подшивание кожного лоскута к передней зубчатой мышце значительно снижает объем и длительность лимфорреи. Это ведет к уменьшению числа осложнений, сокращает сроки госпитализации и позволяет вовремя начать адъювантное лечение.

#### **ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ПАРАСТЕРНАЛЬНЫЕ ЛИМФОДИСЕКЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТЮМЕНСКОМ ОНКОДИСПАНСЕРЕ**

*Н.А. Шаназаров, В.Ю. Зуев, А.Г. Синяков, Д.Д. Сехниадзе, А.В. Лысцов*

Рак молочной железы (РМЖ) является одной из наиболее актуальных и сложных проблем современной онкологии и занимает ведущие позиции по заболеваемости и смертности как в России, так и во всем мире. Одним из основных компонентов лечения данной нозологии остается хирургический метод.

Хирургическое лечение должно соответствовать сформулированному в 1960 г. А.И.Раковым принципу онкологического радикализма, который при раке молочной железы предусматривает удаление не только первичной опухоли с окружающими тканями, но также иссечение регионарных лимфоузлов, как первого этапа регионарного метастазирования.

Удаление регионарных лимфоузлов целесообразно, потому что только эта процедура позволяет достоверно оценить их состояние, и, соответственно, адекватно произвести стадирование, прогнозировать течение процесса, и корректно назначить дальнейшее лечение. В случае неполного иссечения лимфатических узлов ложная информация может достигать 15-30% (Veronesi U., 1977; Золтан Я., 1989)

Удаление регионарных лимфоузлов позволяет не только произвести адекватное стадирование заболевания, но и является профилактикой регионарного рецидивирования и снижения риска гематогенной диссеминации опухолевого процесса (Исмаилов А.Х., Сигал Е.И., 2004)

Парастеральная лимфатическая диссекция у больных раком молочной железы центральной и медиальной локализаций существенно улучшает отдаленные результаты лечения и является не только диагностической, но и лечебной манипуляцией (Исмаилов А.Х., Сигал Е.И., 2004)

Предложенная J. Urban в 1951 году мастэктомия включала в себя помимо аксилярной лимфодиссекции, продольную резекцию грудины и хрящевых частей 2-4 ребер для удаления на этом уровне внутренних грудных сосудов с прилежащей жировой клетчаткой и лимфоузлами (Urban J.A., 1951). Однако, в связи с высокой травматичностью, сочетающей выраженные функциональные расстройства и косметический дефект, она не нашла широкого распространения в онкологической практике, что является нарушением онкологического радикализма (Исмаилов А.Х., 2004)

Сигалом Е.И. с соавт., в 1995 г. разработана и внедрена методика видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции (ВТПЛ) при раке молочной железы центральных и медиальных локализаций. По их данным, метастазы в парастеральные лимфатические узлы обнаружены у 19,3% человек (Исмаилов А.Х., Сигал Е.И., 2004)

В Тюменском ООД с 2008 г. используется парастеральная видеоторакоскопическая лим-

фодиссекция (ВТПЛ) у пациентов с медиальной и центральной локализациями рака молочной железы, проводимая одновременно с радикальным вмешательством на молочной железе. С учетом рекомендаций авторов методики, в первые годы на операцию отбирались пациентки с опухолями, расположенными в медиальных квадрантах, или имеющих центральную локализацию. Полученные результаты соответствовали общероссийским, но не были, по нашему мнению, достаточно убедительными. У пациенток с небольшими опухолями, с размером соответствовавшими T<sub>1</sub>, мы крайне редко обнаруживали поражение парастеральных лимфоузлов метастазами рака молочной железы. В результате было принято решение о более селективном отборе пациенток.

С 2009 года показанием для видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции мы считаем операбельные случаи рака молочной железы с расположением в центральных или медиальных отделах с размером опухоли более 2-х см, то есть не менее T<sub>2</sub>. Всего за 2008–2011 гг. в ТООД выполнена 44 видеоторакоскопическая парастеральная лимфодиссекция с использованием аппаратуры фирмы Karl Shtorts. В 17 случаях в удаленных парастеральных лимфоузлах обнаружены метастазы рака молочной железы, что составило 39%. Серьезных интраоперационных осложнений и летальных случаев мы не встретили. В послеоперационном периоде у 3-х пациенток имелись явления послеоперационного плеврита, что составило 6,8%. Средняя продолжительность эндоскопического этапа операции 40 минут.

Считаем, что полученные результаты доказывают достоинства эндоскопического метода и целесообразность выполнения видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции при центральных и медиальных локализациях рака молочной железы.

#### **КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕТРАДИЦИОННОГО ФРАКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО (обзор)**

*Н.А. Шаназаров, Е.А. Чертов,  
В.Г. Елишев, Б.В. Слезко*

Тюменская ГМА  
Тюменский ООД

Рак легкого в России - распространенное заболевание. Одним из широко используемых методов, применяемых для его лечения, является лучевая терапия. В настоящее время существуют различные точки зрения и подходы к выбору способов лучевого воздействия. Имеют место труды, сообщающие о преимуществах дозного воздействия, отличающегося от классического. Подобные работы существуют как у российских, так и иностранных авторов. В сложившихся экономических условиях необходимость определения за-