

оценивалось наличие микроальвеолярных, трабекулярных, тубулярных, солидных структур и дискретно расположенные опухолевые клетки. Кроме того, подсчитывалось общее число различных типов структур в опухоли. Иммуногистохимическое исследование рецепторов эстрогенов (РЭ), рецепторов прогестерона (РП) проводилось по стандартной методике. Обработка полученных данных выполнялась с использованием пакета программ «Statistica 6.0 for Windows».

Результаты. Исследование морфологического строения инвазивного протокового рака молочной железы показало, что все типы опухолевых структур встречаются примерно с одинаковой частотой как в группе больных без лечения, так и в случаях, когда проводилась неоадьювантная химиотерапия. Микроальвеолярные структуры выявлялись в указанных группах в 64,2% и 62,3% случаев соответственно ($\chi^2=1,4$, $p=0,7$), трабекулярные – в 82% и 79% ($\chi^2=0,4$; $p=0,48$), солидные – в 47% и 41% ($\chi^2=1,9$, $p=0,37$), тубулярные – в 29,2 и 30% ($\chi^2=0,03$;

$p=0,85$) и дискретно расположенные группы клеток – в 46,3% и 45,1% случаев ($\chi^2=0,05$; $p=0,8$). Количество типов структур в опухоли также не отличалось в зависимости от проведения предоперационной химиотерапии ($\chi^2=3,3$; $p=0,49$). Исследование рецепторного статуса в данных группах не обнаружило значимых отличий ($\chi^2=4,3$, $p=0,3$). При этом важно отметить, что и проценты клеток, экспрессирующих рецепторы к эстрогенам и прогестерону, также не отличались в группах с проведением химиотерапии и без таковой (соответственно: РЭ – $67,4 \pm 27,5\%$ и $70,8 \pm 26,5\%$, $F=0,7$; $p=0,39$, РП – $56,1 \pm 31,1\%$ и $63,5 \pm 36,9\%$, $F=1,8$; $p=0,2$).

Выводы. Полученные результаты показали, что проведение неоадьювантной химиотерапии не влияет на частоту встречаемости и количество различных опухолевых структур инфильтративного компонента инвазивного протокового рака молочной железы. Кроме того, было показано, что НАХТ не влияет существенно ни на рецепторный статус опухоли, ни на выраженность экспрессии половых гормонов.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ РАКА С ПОМОЩЬЮ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

М.В. ВУСИК, В.А. ЕВТУШЕНКО, Т.Я. КУЧЕРОВА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Цель исследования – определить возможность применения низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) лазера на парах меди для восстановительного лечения у больных после СДРЖ при наличии функциональных нарушений в отдаленном послеоперационном периоде.

Материал и методы. НИЛИ проводили во время гастроскопического исследования, подводя лазерный пучок с помощью световода через биопсийный канал по разработанной нами методике. Эффективность НИЛИ как в ближайшем, так и в отдаленном периоде после курса эндоскопической лазеротерапии оценивалась по клинической картине и эндоскопическому исследованию до и после лечения у 70 человек.

Результаты. Через 1 мес после курса лечения клинические проявления, основанные на жалобах больных, изменялись. Чувство тяжести, дискомфорта и боли после приема пищи в эпигастрии наблюдались до лечения у 49 (70,0%) пациентов; отрыжка горечью, вздутием, тошнота – у 35 (49,6%) человек; изжога, чувство жжения за грудиной во время приема пищи – у 35 (49,6%) пациентов, а после курса терапии – у 13 (18,6%), 15 (21,4%), 14 (20,0%) соответственно. Субъективное улучшение своего состояния отметили 28 (40,0%) человек, которые практически жалоб не предъявляли. В течение года частота встречаемости вышеперечисленных жалоб оставалась на прежнем

уровне, соответственно – 19,0; 21,0; 16,0%. У 24 (34,3%) человек жалобы отсутствовали. При динамическом контроле в последующие 2 года количество пациентов, имеющих жалобы, увеличивалось, но не достигало исходного уровня. Чувство тяжести, дискомфорта и боли после приема пищи в эпигастрии наблюдались у 23 (53,2%) из 43 пациентов; отрыжка горечью, воздухом, тошнота были у 15 (35,4%) человек; изжога, чувство жжения за грудиной во время приема пищи имелось также у 11 (25,8%) пациентов. Через 3 года из 21 пациента подобные симптомы встречались у 10 (47,3%), 4 (20,5%) и 3 (14,7%) больных соответственно. Эндоскопическое исследование, проведенное в различные сроки после курса лазеротерапии, выявило достоверное снижение частоты встречаемости как анатомозита, так и гастрита культуры через 1 мес на 48,9% и 42,78% соответственно. Явления эзофагита были купированы у 5 из 7 человек. После курса лечения нарушения замыкательной функции кардии не встречалось. Частота встре-

чаемости функциональной недостаточности анастомоза снизилась на 21,4%, что привело и к снижению заброса содержимого тощей кишки в оставшуюся часть желудка на 18,5%. Следует отметить, что явления атрофии оставались неизменными как по эндоскопическому, так и по морфологическому заключению. Прослеживалась прямая зависимость интенсивности воспаления от длительности послеоперационного периода: чем больше времени прошло с момента операции до лазеротерапии, тем более стойкий характер имели признаки воспаления.

Выводы. Корректирующая терапия с помощью НИЛИ благоприятным образом сказывается на состоянии больных. Проведение лечебного курса позволяет купировать воспалительные проявления гастритов, анатомозитов, достоверно снижая частоту встречаемости клинических симптомов и эндоскопических проявлений. Самые лучшие показатели отмечены в течение первого года после лазеротерапии.

ОЦЕНКА СЕНСОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ НЕРВ-СБЕРАГАЮЩЕЙ ПОДМЫШЕЧНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ

А.М. ГАЛСТЯН, М.Д. КОСТЯНЯН

*Национальный центр онкологии им. В.А. Фанарджяна,
г. Ереван, Республика Армения*

Подмышечная лимфодиссекция (ПЛД) не является абсолютно безвредной операцией и нередко приводит к развитию серьезных послеоперационных осложнений и функциональных нарушений, из которых наиболее часто (58–71%) встречается развитие сенсорных нарушений в задне-медиальной поверхности верхней конечности на стороне операции (post axillary dissection syndrome или межреберноплечевая нервалгия) вследствие механической травмы или пересечения чувствительного межреберноплечевого нерва.

Исследованы частота и характер чувствительных нарушений после ПЛД по поводу рака молочной железы в двух гомогенных группах больных: в первой группе (87 больных) во время ПЛД, кроме двигательных нервов – n. thoracicus longus et n. thoracodorsalis, сохранялся также n.

intercostobrachialis (исследуемая или нервсберегающая группа), во второй стандартной группе межреберноплечевого нерв был пересечен (контрольная группа, 87 больных). Исследование было проведено спустя 3 мес после ПЛД с помощью специального опросника и стандартного неврологического обследования. Статистическая обработка полученных данных проведена методом хи-квадрат Пирсона (Pearson Chi-Square).

Анализ результатов показал, что у большинства больных исследуемой группы (62/87, 71,3%) в послеоперационном периоде отсутствовали сенсорные нарушения, по сравнению с больными контрольной группы – 11,5% (10/87, $p < 0,01$). В нервсберегающей группе сенсорные нарушения носили характер гипестезии (пониженная чувствительность к раздражениям, 5/25) или парестезии (20/25). В контрольной группе