

заболевания. Показана ассоциация отдаленного метастазирования с исходной активацией иммунной системы, приводящей к функциональ-

ному напряжению эффекторных противоопухолевых механизмов.

ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Г.Н. СТРИЖАКОВ, Т.В. ДАВЫДОВА, Е.В. КОРЧАГИН

ГУЗ РХ «Онкологический диспансер», г. Абакан

Рак молочной железы занимает первое место среди злокачественных новообразований у женщин (19,4 %) и третье место в структуре общей онкологической заболеваемости. В Хакасии, как и на территории РФ, регистрируется стойкое увеличение числа заболевших (24,8 в 2001 г. и 29,8 в 2007 г. на 100 тыс. населения). Потеря молочной железы вызывает у большинства женщин серьезную психологическую травму, что побуждает к изучению возможностей органосохраняющих операций, несмотря на агрессивность течения заболевания, оправдывающую использование самых радикальных методов.

Цель исследования – оценить непосредственные и отдаленные результаты органосохраняющих операций при раке молочной железы.

Материал и методы. В исследование включены 46 женщин в возрасте от 19 до 70 лет, которым в онкологическом диспансере с 2000 по 2007 г выполнена органосохраняющая операция при раке молочной железы. Средний возраст составил 45 лет. Отдаленные результаты оценивались по функции выживания при помощи программы StatSoft v.6 for Windows.

Результаты. Все пациентки оперированы в хирургических отделениях онкодиспансера. Показаниями к органосохраняющему лечению были: размер опухоли до 3 см, локализация в наружных квадрантах, отсутствие мультифокального роста. При выполнении радикальной резекции обязательно выполнялось срочное гистологическое исследование опухоли, морфологический контроль «чистоты краев операционной раны» и лимфодиссекция регионарных лимфоузлов. Гистологическое исследование операционного материала позволило установить инфильтративный протоковый рак – в 33 (71,7%), инфильтративный дольковый рак – в 11 (23,9%),

папиллярный рак – в 2 (4,4 %) случаях. Распространенность лимфогенного метастазирования определяли при морфологическом исследовании лимфоузлов после интраоперационной маркировки их по трем уровням. Распределение по стадиям было следующим: T₁N₀M₀ – 8 (17,4 %) случаев, T₂N₀M₀ – 12 (26,1 %), T₁N₁M₀ – 7 (15,3 %), T₂N₁M₀ – 15 (32,4 %), T₁N₂M₀ – 2 (4,4 %), T₂N₂M₀ – 2 (4,4 %). Таким образом, более чем у половины пациенток (60,5 %) отмечалось метастатическое поражение лимфоузлов.

Послеоперационной летальности не было. В раннем послеоперационном периоде осложнений не отмечалось. В отдаленном периоде в 1 случае (2,2 %) развился лимфостаз верхней конечности II степени. Через полгода после операции пациенты анкетированы психологом, 42 (91,3 %) пациентки оценили косметические результаты операции как хорошие, 4 (8,7 %) – как удовлетворительные. Две женщины были из исследования в связи со сменой места жительства. За время наблюдения мы не имели случаев местных рецидивов. У двух пациенток диагностировано отдаленное метастазирование (у одной – метастазы в кости таза, у другой – в головной мозг). Обе получают химиотерапию с клинической стабилизацией процесса. Актуарная 5-летняя выживаемость вычислялась по методу Каплана-Майера и составила 97,6 %.

Выводы. Органосохраняющее хирургическое лечение рака молочной железы не уступает по эффективности мастэктомии, но имеет очевидные преимущества перед ними, так как не сопровождается косметическим дефектом и эстетическими потерями. Внедрение новых технологий при лечении рака молочной железы увеличивает не только выживаемость больных, но и улучшает качество их жизни.