

Материалы  
научно-практической конференции

**«Новые технологии в диагностике и лечении  
рака молочной железы и меланомы кожи»**

**16-17 декабря 2010 г.  
Москва**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НА ТЕРРИТОРИИ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ <i>Захарова Н.А.</i> .....	4
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ЗАПУЩЕННОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЮЖНО-УРАЛЬСКОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГЕ <i>Поздеев Н.А., Жевлакова И.А., Гетманенко В.Л.</i> .....	4
ИССЛЕДОВАНИЕ TRAP-5B – МАРКЕРА РЕЗОРБЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДОНОРОВ И У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РМЖ) БЕЗ МЕТАСТАЗОВ В КОСТЯХ <i>Д. Д. Пак, Н. С. Сергеева, В. В. Ефанов, Н. В. Маришутина, М. П. Мишунина</i> .....	4
ИССЛЕДОВАНИЕ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ И АПОПТОЗА В ЭКСФОЛИАТИВНЫХ КЛЕТКАХ БУККАЛЬНОГО И НАЗАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДО И ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Бяхова М.М., Сычева Л.П., Журков В.С., Селезнева И.И., Гришун Н.Н., Данилов И.С., Космынин А.А.</i> .....	4
СТАНДАРТИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Пак Д.Д., Александрова Л.М., Мамонтов А.С., Ермощенко М.В., Борисева Н.В.</i> .....	4
МАММОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ <i>Н.И.Рожкова</i> .....	4
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В ГОРОДЕ МОСКВЕ <i>А.М. Сдвижков, В.И. Борисов, И.Д. Васильева, В.В. Евтягин, Т.Д. Кропачева, И.П. Свичкарь</i> .....	4
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РМЖ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО МАММОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА <i>Мануйлова О.О. Касаткина Л.И. Ионас Е.А.</i> .....	4
ЭЛЕКТРОИМПЕДАНСНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ МАММОГРАФИЯ В СКРИНИНГЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Д.Д. Пак, Н.И. Рожкова, С.А. Седых, М.В. Ермощенко, А.А. Назаров, Д.К. Фомин, Н.А. Рубцова</i> .....	4
ВОЗМОЖНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ <i>Гусейнова А.З., Агапов О.В., Елистратова А.В., Истомин Д.А., Касаткина А.Б., Мытрова О.Б.</i> .....	4
КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ <i>Золотова В.И., Суворова Л.А., Маламура О.П.</i> .....	4
ПРИМЕНЕНИЕ ДОПЛЕРОМЕТРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ <i>Комарова А.Н., Курбатова И.И.</i> .....	4
ОПЫТ РАБОТЫ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МАММОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НУЗ «ОТДЕЛЕНЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТ. ВЛАДИМИР ОАО «РЖД» <i>Бабкин А.Е., к.м.н., Леонтьева Н.В.</i> .....	4
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ИССЛЕДОВАНИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Ермаков А.В., Пак Д.Д.</i> .....	4
ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ <i>Пак Д.Д., Филоненко Е.В., Барсамян Г.С., Ефремов Г.Д.</i> .....	4
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>С.А. Агафонкин, Т.В. Агафонкина</i> .....	4
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ АКТГ, ПРОЛАКТИНА И ОПУХОЛЕВОГО МАРКЕРА – СА 15-3 У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МЕТАСТАЗИРОВАНИИ В ЛЕГКИЕ <i>В.Н. Плохов, И.И. Андряшкина, О.М. Конопацкова</i> .....	4
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ В ЛЕГКИЕ И ПЛЕВРУ <i>И.И. Андряшкина, В.Н. Плохов</i> .....	4

ЛОКАЛИЗАЦИЯ РАННЕГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА <i>А.Б. Порошенко, Ю.А. Геворкян, Н.В. Солдаткина, А.В. Дашков, Д.А. Харатегзов</i> .....	4
НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ, КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Янченко М.В.</i> .....	4
ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДОВ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ <i>Вознесенская Ю.В. Яковенко С.А.</i> .....	4
СОСТОЯНИЕ ГИДРОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ТКАНИ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕЕ ПЕРИФОКАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕЧЕНИЯ РАКА <i>Е.М. Франциянц, Ю.А. Геворкян, Н.В.Солдаткина, А.В. Дашков</i> .....	4
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО МЕТАХРОННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Е.М. Франциянц, Ю.А. Геворкян, А.В. Дашков, Н.В.Солдаткина</i> .....	4
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ БЕЛКА УВ-1 В ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Генс Г.П., Бяхов М.Ю., Коробкова Л.И., Рассказчикова Е.С., Астраханцев А.Ф., Муха С.Ф., Моисеева Н.И., Стромская Т.П., Овчинников Л.П., Ставровская А.А.</i> .....	4
УЛУЧШЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОМОЩЬЮ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ СИСТЕМНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ <i>В.Ф.Семиглазов, В.В. Семиглазов, Е.А.Шамина, В.Г. Иванов, В.В.Коларькова, А.А.Моисеенко, А.Г.Васильев, Р.М.Палтуев, Г.А.Даиян, А.А.Божок</i> .....	4
ПОДКОЖНАЯ МАСТЭКТОМИЯ С СОХРАНЕНИЕМ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА. ГДЕ МЫ СЕЙЧАС НАХОДИМСЯ? <i>Волченко А.А., Пак Д.Д.</i> .....	4
ОРГАНосоХРАНЯЮЩИИ ОПЕРАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНО-ОПЕРАБЕЛЬНЫМ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>В.А. Хайленко, Д.В. Комов, Ткачев С.И., Трофимова О.В., Д.В.Хайленко</i> .....	4
ПОДКОЖНАЯ МАСТЭКТОМИЯ ПРИ ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Д. Д. Пак, Е. А. Трошенков, Е. А. Рассказова</i> .....	4
РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНосоХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Е.А. Рассказова, Д.Д. Пак</i> .....	4
ПЕРВИЧНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Д.Д. Пак, Е.А. Рассказова</i> .....	4
РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Мавроди Т.В.</i> .....	4
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ БОЛЕЗНЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Петровский Д.А., Васильев А.А., Евсеева Е.В.</i> .....	4
ОТСРОЧЕННОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КАК ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ <i>Гусейнов А.З., Истомин Д.А.</i> .....	4
СПОСОБ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИКРИЛОВОЙ СЕТКИ-КОНТЕЙНЕРА <i>Сарибекян Э.К., Трошенков Е.А., Маргоева А.С.</i> .....	4
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАРЦИНОМОЙ IN SITU МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Пак Д.Д., Усов Ф.Н.</i> .....	4
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАМ-ЛОСКУТА В РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Е.А. Рассказова, Д.Д. Пак</i> .....	4

РАДИКАЛЬНЫЕ ПОДКОЖНЫЕ МАСТЭКТОМИИ С ПЕРВИЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Д.Д. Пак, Е.А. Рассказова</i> .....	4
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МУЛЬТИЦЕНТРИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Н.В. Аблицова, Д.Д. Пак</i> .....	4
ВОЗМОЖНОСТИ РАСШИРЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К РАДИКАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ УЗЛОВЫХ ФОРМАХ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С АУТОПЛАСТИКОЙ ИЗ ШИРОЧАЙШЕЙ МЫШЦЫ СПИНЫ <i>Акопян И.Г., Климович Я.К., Хананян Н.А.</i> .....	4
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПОЗИТНОГО МЫШЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ МАСТЭКТОМИЯХ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>Д.Д. Пак, М.В. Ермоценкова</i> .....	4
РОЛЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НА АУТОСРЕДАХ ОРГАНИЗМА В ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОВЫШЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА <i>Ю.А. Геворкян, А.В. Дашков, Н.В.Солдаткина, В.А. Донцов</i> .....	4
РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВНУТРИПРОТОКОВОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Сарибекян Э.К., Коренев С.В., Аблицова Н.В., Юнушкина Е.А.</i> .....	4
ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ НА АУТОПЛАЗМЕ В ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗАМИ В ПОДКРЫЛЬЦОВЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ <i>Ю.А. Геворкян, Н.В.Солдаткина, А.В. Дашков, М.Л. Малейко</i> .....	4
ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ С ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ НА АУТОСРЕДАХ ОРГАНИЗМА <i>Ю.А. Геворкян, Н.В. Солдаткина, А.В. Дашков, Д.С. Петров</i> .....	4
УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НА АУТОСРЕДАХ ОРГАНИЗМА <i>Ю.А. Геворкян, А.В. Дашков, Н.В.Солдаткина, Л.Э. Емельянова</i> .....	4
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОМОЩИ АППАРАТА «МАММОТОМ». <i>Степанов С.О., Усов Ф.Н., Гуц О.В, Рассказова Е.А.</i> .....	4
ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИЙ ЛИЗИС В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Е.В.Горанская, М.А.Каплан, В.Н.Капинус, М.В.Таубова, С.Д.Фомин</i> .....	4
ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИЙ ЛИЗИС И СИСТЕМНАЯ ВНУТРИВЕННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Е.В.Горанская, А.М.Шубина, М.А.Каплан, С.Д.Фомин, В.Н.Капинус, М.В.Таубова</i> .....	4
ОБЩЕСИСТЕМНАЯ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Акопян И.Г., Макарова С. А., Климович Я. К., Хананян Н. А.</i> .....	4
ВНУТРИКАНЕВАЯ СОЧЕТАННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И ЛАЗЕРНАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИКОЖНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Филоненко Е.В., Окушко А.Н., Сухин Д.Г., Крылова Г.П., Лоценов В.Б., Савельева Т.А.</i> .....	4
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОСТИ <i>Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Бухаров А.В., Державин В.А.</i> .....	4
КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА <i>Р.К. Шихкеримов, Л.З. Вельшер, А.А. Савин, М.Л. Стаханов, И.Д. Стулин, Л.А. Савин, А.С. Койчакаева, С.В. Стражов, Т.В. Карандеева</i> .....	4
РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ МАСТЭКТОМИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ <i>Ермоценкова М.В., Пак Д.Д., Юнушкина Е.А.</i> .....	4
ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АДГЕЗИВНЫХ ЭКЗОФОРМ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>А.В. Кондаков, к.м.н.</i> .....	4

РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЛУЧЕВЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОЖИ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Пасов В.В., Каплан М.А., Белая Н.С., Терехов О.В., Горанская Е.В.</i> .....	4
РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ <i>Золотова В.И., Хатырев С.А.</i> .....	4
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА МЕЛАНОМЫ КОЖИ <i>Максимова Н.А., Пржедецкий Ю.В., Позднякова В.В.</i> .....	4
ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ КОЖИ: АНАЛИЗ ОШИБОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ <i>Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Астраханцев А.Ф., Цалко С.Э., Мазурова М.П., Котова О.Е., Прилепо В.Н., Чочуа Г.А.</i> .....	4
МНОГОЭТАПНАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ <i>Конопацкова О.М., Букина Ю.В.</i> .....	4
ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ КОЖИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ХАРАКТЕРА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ <i>Баннова А.В.</i> .....	4
К ВОПРОСУ О ПРОГНОСТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ «СТОРОЖЕВОГО» ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ <i>С.А. Хатырев Т.К. Харатишвили, А.Д. Рыжков, С.В. Ширяев, М.Д. Алиев</i> .....	4
ЦИФРОВАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА МЕТАСТАЗОВ В ОРГАНАХ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ <i>Афанасова Н.В., Дегтярев В.А., Прошина Ю.В.</i> .....	4
БИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И МЕТОДИКА ЛАЗЕРНОГО ФЛУОРЕСЦЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ <i>Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Цалко С.Э., Решетов Д.Н., Мазурова М.П.</i> .....	4
ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРВИЧНОЙ И МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ <i>Филинов В.Л., Сдвижков А.М., Борисов В.И.</i> .....	4
НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ПАРАТУМОРАЛЬНАЯ АУТОПЛАЗМОХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ <i>Позднякова В.В., Пржедецкий Ю.В., Розенко Л.Я., Франциянц Е.М.</i> .....	4
ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ <i>Проф. Е.Ф. Странадо</i> .....	4
АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ <i>Белушенко Н.В.</i> .....	4
РЕДКИЕ ФОРМЫ МЕЛАНОМЫ: МЕЛАНОМА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА, ПОЛОСТИ НОСА <i>Решетов И.В., Маторин О.В., Арутюнян Л.С., Корицкий А.В.</i> .....	4
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Решетов И.В., Маторин О.В., Корицкий А.В.</i> .....	4
ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ <i>Ермаков А.В.</i> .....	4
ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ <i>Ермаков А.В.</i> .....	4

## ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НА ТЕРРИТОРИИ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ

*Захарова Н.А.*

*Окружная клиническая больница, г. Ханты-Мансийск*

### **Введение**

С 7 февраля 2007 г на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры была внедрена скрининговая программа по ранней диагностике рака молочной железы.

### **Материалы и методы**

Стандарт скрининга в округе: женщины старше 40 лет, интервал для скрининговой маммографии – 2 года, по 2 проекции каждой молочной железы, заключение по маммограммам дается одним рентгенологом (single reader).

Мы получили и проанализировали данные по результатам маммографического скрининга за 2007–2009 год. Окружным Канцер-регистром была предоставлена для оценки информация по демографическим данным в округе и всем выявленным случаям рака молочной железы и случаям смерти от рассматриваемой патологии в регионе, включая патоморфологические данные, в период с 2002 по 2009 год.

**Результаты:** Заболеваемость и смертность от рака молочной железы позволяют отнести округ к так называемой территории со средним риском. За период с 2002 по 2009 год был отмечен статистически значимый рост заболеваемости раком молочной железы ( $p=0.03$ ) и заметное снижение смертности от данной патологии в возрастной группе 40+ ( $p<0.001$ ).

В течение 2007–2009 года в рамках скрининговой программы было обследовано 92576 женщин. Охват населения скринингом составил около 30%. 9% женщин по результатам скрининговой маммографии были направлены на дополнительное обследование. Показатель выявляемости рака молочной железы в рамках скрининга в среднем за три года составил 2.5 на 1000 прошедших скрининг. Показатель чувствительности скринингового теста составил 74%. Более 90% всех выявленных при скрининге злокачественных новообразований были 1 и 2 стадии.

### **Дискуссия.**

Скрининговая программа по ранней диагностике рака молочной железы является первым опытом реализации подобных проектов на территории, приравненной к Крайнему Северу.

В настоящее время проводится организационно-методическая работа, направленная на увеличение охвата женского населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры скрининговой маммографией.

С 2010 года для более подробной оценки скрининговой программы проводится набор более детальной информации, частности по раунду скрининга (первичный или повторный) и по интервальным ракам молочной железы.

Выявленные в ходе скрининга 2007–2009 более ранние стадии рака молочной железы, в сравнении с симптоматическими раками молочной железы, диагностированными за аналогичный период, дают возможность прогнозировать значительное снижение смертности от данного заболевания в будущем при условии долгосрочной реализации скрининговой программы.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ЗАПУЩЕННОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЮЖНО-УРАЛЬСКОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГЕ

*Поздеев Н.А., Жевлакова И.А Гетманенко В.Л.*

*НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД»*

Рак молочной железы (РМЖ) является одной из наиболее частых причин смерти женщин по сравнению с другими формами злокачественных новообразований. По уровню смертности от рака этой локализации первые три места занимают Дания, Ирландия и Нидерланды (25,5 – 26,9 на 100 тыс. населения). В странах Западной Европы и Северной Америки он является ведущей причиной смерти женщин 35–54 лет (20%), а после 55 лет – второй причиной после сердечно-сосудистых заболеваний.

По данным различных авторов отмечен четырехкратный рост заболеваемости и смертности РМЖ за 30 лет (1). Так с 1970 по 2003г заболеваемость РМЖ увеличилась с 9,6 до 38,7, а смертность с 4,2 до 17,4 на 100 тыс. населения.

Несмотря на то, что в России в течение 20-летнего периода ведутся многочисленные исследования по поиску и разработке рациональных скрининговых программ по выявлению РМЖ на ранних стадиях, доля лиц с III–IV стадиями заболевания составляет более 40% (4)

Е.А. Кваша и соавторы провели анализ связи запущенности при раке молочной железы и выполняемых в разных регионах России маммографических исследований. По их данным прямой связи между количеством выполненных маммографий и уменьшением смертности от РМЖ нет (3) .

Исходя из актуальности обсуждаемой проблемы, нам показалось интересным оценить влияние маммографии на запущенность при РМЖ по материалам Южно-Уральской железной дороги (ЮУЖД).

**Цель:** оценить демографические показатели заболеваемости, смертности и запущенности при раке молочной железы на ЮУЖД, а также влияние частоты проведения рентгеновской маммографии на показатель запущенности при РМЖ.

**Материалы и методы:** проведен анализ данных отчетных форм по НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД», по Южно-Уральской железной дороге и рентгенологической службы ЮУЖД за период 2004 – 2008 годов.

**Результаты:** При анализе данных по ЮУЖД за 5 лет отмечена стабилизация заболеваемости раком молочной железы среди женщин. Она колеблется от 10,5 до 19,3 на 100 тысяч населения. По НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД», она почти в 2 раза выше и составляет от 19,85 до 35,05 на 100 тыс. населения. Это подтверждает общую тенденцию повышенного уровня заболеваемости РМЖ населения промышленно развитых территорий.

Смертность от рака молочной железы на ЮУЖД снизилась в 2 раза с 9,5 до 4,82 на 100 тыс. населения. По НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД» снижение смертности от РМЖ произошло в 6 раз. Аналогичные показатели по Челябинской области выше и не имеют тенденции к снижению за рассматриваемый период времени.

Снижение количества местнораспространенных и метастатических форм рака молочной железы за 5 лет ни в дорожной больнице, ни на ЮУЖД, ни по Челябинской области не отмечено.

Общепризнанным инструментальным методом ранней диагностики рака молочной железы является рентгеновская маммография. За пять лет число маммографий увеличилось более, чем в 5 раз. Однако увеличение количества выполненных маммографических исследований не привело к уменьшению запущенных форм болезни, что соответствует данным литературы (3).

При анализе причин запущенности РМЖ по ЮУЖД, выяснено, что только у 27% пациентов причиной запущенности явились «медицинские проблемы». В то время как у 73% запоздалая диагностика явилась результатом несвоевременного обращения женщин за помощью.

**Выводы:**

1. Уровень заболеваемости РМЖ среди работников ЮУЖД за 2004 – 2008годы стабилизировался.
2. Запущенность и смертность при РМЖ на ЮУЖД находится ниже уровня аналогичных показателей по Челябинской области.
3. Скрининговое исследование – рентгеновская маммография – не позволяет снизить выявляемость рака молочной железы в 3-4 стадии.
4. Необходимо повышать санитарную грамотность населения для своевременной диагностики рака молочной железы.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ TRAP-5B – МАРКЕРА РЕЗОРБЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДОНОРОВ И У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РМЖ) БЕЗ МЕТАСТАЗОВ В КОСТЯХ**

*Д. Д. Пак, Н. С. Сергеева, В. В. Ефанов, Н. В. Маршутина, М. П. Мишунина  
Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена  
(дир. – акад. РАМН В. И. Чиссов)*

Одним из возможных лабораторных тестов для мониторинга больных РМЖ, направленного на доклиническое выявление метастазов в костях, является фермент остеокластов – тартрат-резистентная кислая фосфатаза (TRAP-5b). Основной причиной неспецифического повышения TRAP-5b является остеопороз, что и определило цель настоящей работы.

Целью настоящего исследования явилось изучение уровней TRAP-5b у здоровых женщин Москвы в сравнении с европейскими стандартами и у больных РМЖ I–IIIb стадии без метастазов в костях в различных возрастных группах в сравнении с донорами.

Иммуноферментным методом исследован сывороточный уровень маркера TRAP-5b у 47 доноров женского пола и 89 больных РМЖ разных клинических групп (I–IIIb стадии) без метастазов в костях.

Установлено, что верхние границы нормы и, соответственно, дискриминационные уровни TRAP-5b во всех возрастных группах российских доноров превосходят таковые, рекомендованные европейскими производителями наборов для определения маркера. Это косвенно отражает большую степень остеопороза у российских женщин, что отмечается и соответствующими специалистами. Кроме того, показано, что уровни TRAP-5b у больных РМЖ без метастазов в костях во всех возрастных группах еще несколько выше, чем у российских доноров. Этот факт трудно объяснить, но необходимо учитывать при использовании TRAP-5b как маркера специфических костных поражений при РМЖ. Более высокие уровни TRAP-5b у больных РМЖ, клинически не имеющих костных метастазов, вероятно, не связаны с наличием у части больных скрытых поражений костной ткани, т.к. после деления этих больных на подгруппы в соответствии с клиническими стадиями заболевания, уровни маркера во всех подгруппах оказались сходными.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ И АПОПТОЗА В ЭКСФОЛИАТИВНЫХ КЛЕТКАХ БУККАЛЬНОГО И НАЗАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДО И ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

*Бяхова М.М., Сычева Л.П., Журков В.С.*

*1.НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды им А. Н. Сысина РАМН, г. Москва*

*Селезнева И.И., Грицун Н.Н., Данилов И.С., Космынин А.А.*

*НУЗ Центральная клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД», г. Москва*

*(руководитель отделения химиотерапии профессор, д.м.н. Бяхов М.Ю.)*

Генетические повреждения могут являться пусковым механизмом для развития разных хронических болезней, нарушения репродуктивного здоровья, а так же развития рак различной локализации. Микроядра в клетках являются важным биомаркером повреждений ДНК, вызванных образом жизни (курение, алкоголь, нарушение микроэлементного состава), факторами окружающей среды (пестициды, формальдегид и т.д), медицинскими процедурами (радио и/или химиотерапией).

Целью нашего исследования было выявление цитогенетических нарушений (микроядер и протрузий), нарушений пролиферативной активности клеток (клетки с двумя ядрами и клетки со сдвоенным ядром) и апоптоза (клетки с кариорексисом, кариопикнозом, кариолизисом) в эксфолиативных клетках буккального и назального эпителия, а так же непосредственно в самом органе больных раком молочной железы.

Была обследована группа женщин (12 чел) страдающих РМЖ, 4 из них были обследованы через полгода после радикальной операции. Препараты эпителиальных клеток буккального и назального эпителия готовили и анализировали в соответствии с методическими рекомендациями «Оценка цитологического и цитогенетического статуса слизистых оболочек полости носа и рта у человека» (2005).

На первом этапе сравнивали кариологические показатели у больных с ориентировочными нормативными величинами у здоровых людей (Сычева Л.П., 2007). Показано увеличение частоты клеток с цитогенетическими нарушениями в буккальном и назальном эпителии: увеличение клеток с микроядрами, протрузиями, суммарного показателя (микроядра и протрузии), по сравнению с этими показателями у здоровых людей. Показатели пролиферации также повышены у больных РМЖ по сравнению с этими показателями у здоровых людей. Показатели апоптоза снижены у больных раком молочной железы по сравнению со здоровыми людьми.

На втором этапе исследования сравнили первичных больных и больных, подвергшихся радикальному лечению. Было выявлено, что у пациентов, которым была сделана операция по удалению опухоли, после полугодия отмечается снижение микроядер ( $3,33 \pm 0,84$  в буккальном эпителии,  $5,5 \pm 0,67$  в назальном эпителии у первичных больных против  $2,66 \pm 0,33$  в буккальном эпителии и  $3,5 \pm 0,8$  в назальном эпителии у больных после лечения), двухядерных клеток ( $10,0 \pm 4,09$  в буккальном эпителии и  $4,0 \pm 0,89$  в назальном эпителии у первичных больных против  $9,0 \pm 1,0$  в буккальном эпителии и  $2,25 \pm 0,85$  в назальном эпителии у больных после лечения) в клетках буккального и назального эпителия по сравнению с этими показателями у первичных больных.

Наши данные подтверждаются исследованиями Teixeira A.C. et al (2009) и Varga D. et al (2006), проведенными на лимфоцитах периферической крови здоровых и больных РМЖ женщинах, где было показано увеличение числа клеток с микроядрами у больных по сравнению со здоровыми. А также исследованием Nersesyuan A.K. et al (2004), показавшим увеличение микроядер в клетках буккального эпителия у больных РМЖ, рака шейки и тела матки. Таким образом, увеличение цитогенетических нарушений в клетках буккального, назального эпителия, а так же в лимфоцитах периферической крови свидетельствует о системном характере изменений при РМЖ. Кроме того снижение уровня апоптоза характеризует нарушение процессов удаления генетически неполноценных клеток и накопление их в организме. Снижение этих показателей у пациентов после лечения может служить критерием оценки эффективности лечения и прогноза для этих пациентов.



## СТАНДАРТИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Пак Д.Д., Александрова Л.М., Мамонтов А.С., Ермощенко М.В., Борисева Н.В.  
ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, г. Москва*

Рак молочной железы (РМЖ) занимает лидирующие позиции среди злокачественных опухолей у женщин. Заболеваемость РМЖ с каждым годом неуклонно растет на 1-2%, ежегодно в мире регистрируется более 1 млн. новых случаев. В структуре онкологической заболеваемости женщин во всем мире РМЖ стоит на 1 месте и на 2 месте по смертности от рака у женщин. Высокая заболеваемость наблюдается в США и Западной Европе – 25-30% от всех новых случаев рака у женщин и 18-20% от всех смертей при опухолях у женщин. Абсолютное число впервые выявленных случаев РМЖ в 1998 г. в России составило 42607, в 2009 г. уже 54315. В 2010 г. рак молочной железы занимает 20,1% в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России.

Средний возраст больных с впервые в жизни установленным диагнозом РМЖ в 2009 г. составил 60,5 лет. «Грубый» показатель заболеваемости РМЖ за 10 лет с 1999 по 2009 гг. возрос с 57,42 до 71,22, т.е. на 24,78% на 100 тыс. населения, среднегодовой темп прироста с 1999 по 2009 гг. составил 2,24%. Стандартизованный показатель заболеваемости увеличился с 1999 по 2009 гг. с 38,36 до 43,84 на 100 тыс. населения, т.е. на 15,91% со среднегодовым темпом прироста – 1,49%. Самая высокая заболеваемость РМЖ в 2009 г. в России была отмечена в г. Москве, Московской области, г. Санкт-Петербурге, Краснодарском крае, Ростовской области, Свердловской, Челябинской областях, наиболее низкая – в Чукотском АО, Республиках Тыва, Алтай, Ингушетия, Калмыкия, Еврейской АО.

Кумулятивный риск развития в течение жизни у женщин рака молочной железы занимает первое место среди всех нозологий и в 2009 г. составил 4,96%.

В структуре смертности женщин злокачественные новообразования молочной железы имеют наибольший удельный вес (17,4%). В возрастной группе 30-39 лет основной причиной смерти у женщин является рак шейки матки (23,2%) и рак молочной железы (17,2%). В возрасте 40-49 лет РМЖ является основной причиной смерти (26,3%), занимая первое место.

Риск умереть от РМЖ у женщин составил в 2009 г. 2%.

Абсолютное число умерших от РМЖ возросло с 21216 в 1999 г. до 23517 в 2009 г. Средний возраст умерших от РМЖ в 2009 г. составил 63,5 года. «Грубый» показатель смертности от РМЖ увеличился за 10 лет с 1999 по 2009 г. с 27,36 до 30,83, т.е. на 10,40% со среднегодовым темпом прироста 0,99%. Стандартизованный показатель смертности возрос за указанные 10 лет с 17,15 до 17,20, среднегодовой темп прироста составил 0,05%. Наибольшее число больных РМЖ (3372) умерло в 2009 г. в возрастной категории 55-59 лет. Наибольшая смертность наблюдается в гг. Москве и Санкт-Петербурге. В течение первого года с момента установления диагноза РМЖ в 2009 г. летальность больных составила 9,5%.

Приоритетной задачей Национальной онкологической программы является разработка и внедрение единых лечебно-диагностических стандартов специализированной медицинской помощи при онкологических заболеваниях на основе современных методов диагностики, лечения, медицинской, социальной и психологической реабилитации.

В 2009 г. в РФ функционировало 120 онкодиспансеров, в которых наибольший контингент больных формировался из больных РМЖ (18%). Отмечается тенденция к увеличению числа маммографических кабинетов: в 2008 г. 1094 учреждения имели кабинет данного профиля, в 2009 г. – 1253. Наблюдается эффективность работы профилактических осмотров: если в 1999 г. удельный вес больных РМЖ, выявленных при проведении диспансеризации, составил 16,4%, то в 2009 г. – уже 25%. Удельный вес больных с I-II стадиями РМЖ от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в России в 1999 г. составил 59,9%, в 2009 г. – 63%, что указывает на улучшение ранней диагностики. Удельный вес больных с впервые выявленными III и IV стадиями РМЖ снизился за 10 лет с 26,6% до 26,1% и с 38,8% до 36,1% соответственно. Данные факты обусловлены более широким внедрением маммографического скрининга и активизацией работы смотровых кабинетов. Например, в Омской области все 84 смотровые кабинеты работают в 2 смены. В Москве функционирует 200 смотровых кабинетов, из которых 135 работают в 2 смены, в Московской области из 99 кабинетов 53 работают в 2 смены. К сожалению, в некоторых регионах работа смотровых кабинетов не соответствует требованиям. Так, в Калужской области из 30 кабинетов и в Кировской области из 64 смотровых кабинетов ни один не работает в 2 смены.

Важным этапом в диагностике РМЖ было создание маммологической службы, а в промышленно развитых регионах (Москва, Санкт-Петербург, Томск, Ростов-на-Дону, Екатеринбург, Челябинск, Владивосток и др.), открытие маммологических центров. В настоящее время хорошо разработана система диагностики и современного лечения заболеваний молочной железы, однако растущее число новых лечебно-диагностических технологий опережает возможности своевременного скрининга, в связи с чем необходимо направить приоритеты на разработку новой концепции повышения качества жизни женщин на основе внедрения скрининга с целью профилактики заболеваний молочной железы. Известно, что динамический скрининг в течение 12 лет приводит к выявлению 68% больных

РМЖ в популяции и снижает смертность от данного заболевания на 24-46% (Рожкова Н.И., 2010). Согласно требованиям ВОЗ, методы скрининга должны выявлять не менее 80% случаев рискующих заболеть РМЖ, быть простыми, доступными, безвредными и дешевыми.

Основная роль в управлении качеством медицинской помощи онкологическим больным принадлежит стандартизации подходов к выбору методов диагностики и лечения с учетом нозологической формы и стадии заболевания.

В 2007 г. завершена разработка национального проекта «Здоровье», маммологическая служба страны получила за 2006–2008 гг. около 1300 рентгеновских маммографических аппаратов, и в настоящее время число современных маммографов составляет 2150 единиц, из них 148 со стереотаксической приставкой. К концу 2008 г. в стране имелось 40 передвижных маммографических кабинетов. В последнее время происходит активное внедрение цифровой маммографии в практику лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) страны, что повысит информативность обследования. Тенденция роста числа передвижных кабинетов для страны, имеющей регионы с протяженной территорией и низкой плотностью населения, позволит совершенствовать профилактику РМЖ, а также организовать своевременную и эффективную помощь женщинам с заболеваниями молочной железы. С 2008 г. ЛПУ страны имеют 21 установку для вакуумной аспирационной биопсии «Mammotom». Дальнейшее внедрение подобных установок позволит расширить диагностические возможности маммографического и ультразвукового исследований, удалять непальпируемые образования, снизив затраты на лечение. 80% маммографов поступило в поликлиники, центральные районные больницы, медсанчасти. Таким образом создана материально-техническая база для реализации приказа МЗ и СР РФ № 154 от 15.03.2006 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболевании молочной железы», в который включен порядок организации деятельности смотрового кабинета амбулаторно-поликлинического учреждения по раннему выявлению заболеваний молочной железы.

Стандарты диагностики и лечения должны включать наиболее эффективные современные медицинские технологии, обеспечивающие рациональную основу для оказания медицинской помощи и контроля ее качества. В связи с быстрым прогрессом онкологической науки необходимым является пересмотр стандартов оказания медицинской помощи больным РМЖ не реже 1 раза в 3 года. В настоящее время является научно-обоснованным выполнение органосохраняющих (при I – IIА ст.) и реконструктивно-пластических операций (при I–IIIА ст.) у больных раком молочной железы при соблюдении определенных критериев отбора, тогда как в середине XX века радикальная мастэктомия являлась операцией выбора. Признано необходимым в выборе этапа лечения РМЖ выполнять комплексное обследование, включающее морфологическое и иммуногистохимическое исследование опухоли с определением факторов прогноза заболевания.

Качество медицинской помощи, оказываемой населению России в соответствии с принятыми стандартами, обеспечивается лицензированием организаций, сертификацией медицинских услуг и специалистов, оказывающих данные услуги.

В 2010 г. разработан и представлен в Минздравсоцразвития России проект стандарта медицинской помощи больным РМЖ. После рассмотрения и согласования с профильными департаментами стандарт оказания помощи больным РМЖ будет представлен на официальном сайте Минздравсоцразвития России.

Данный стандарт является минимальным в медико-экономическом аспекте. После утверждения Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации выполнение стандарта будет носить обязательный характер для всех ЛПУ, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «онкология» на территории Российской Федерации. У каждого субъекта России остается право за счет дополнительных средств (территориального ФОМС, местного бюджета, платных услуг и др.) по показаниям расширять объем оказания медицинской помощи населению.

Работа по утверждению проекта стандарта и его быстрого внедрения в профильные медицинские учреждения является первоочередной задачей модернизации оказания медицинской помощи больным РМЖ.

## «МАММОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ»

**Н.И.Рожкова**

**ФГУ «РНЦРР» Минздравсоцразвития России, Федеральный Маммологический Центр**

Клиническая маммология – одно из самых развивающихся направлений диагностической радиологии, базирующихся на новых технологиях, включающих рентгенологическую, ультразвуковую, радионуклидную диагностику, МРТ, электрофизиологические и другие лучевые методы исследования, основанные на использовании неионизирующего и ионизирующего излучения, а также – технологий интервенционной радиологии (хирургических стационарозамещающих вмешательств с одновременным диагностическим и органосохраняющим щадящим лечебным воздействием под контролем лучевых методов).

За последнее десятилетие качественно и количественно изменились показатели эффективности диагностики заболеваний молочной железы.

В 2008 году структура лучевой диагностики заболеваний молочной железы в корне изменилась. Увеличилось число профилактических исследований в два раза – с 17,1 % (2007 г.) до 35,7 %, а также общее число маммографий, удельный вес которых составил 35,7 %, количество УЗИ – до 2202790 исследований в 2008 г. Это явилось результатом ряда мероприятий, в частности, издания приказа МЗ и СР РФ №154 от 15.03.06 г. «О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях молочной железы», а также разработки концепции системы скрининга и профилактики, построенной с учетом готовности женщин заниматься своим здоровьем в зависимости от возраста, используя активно бездозовые электроимпедансные методы скрининга в смотровых кабинетах для женщин моложе 40 лет и маммографию для женщин старше 40 лет. Для этого активно используются новые организационные формы информационно-просветительской работы с привлечением телемедицины – лекции, семинары, школы женского здоровья, обучение приемам самообследования и пр.

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровья» создана материально-техническая база маммологической службы. К 2008 г. ЛПУ Российской Федерации получили порядка 2150 современных маммографов, 80% которых поступило в первичное звено здравоохранения – городские поликлиники, ЦРБ, МСЧ, небольшие городские больницы, где ранее не проводились маммографические исследования. Необходимость освоения новых технологий с особой остротой ставит вопрос о подготовке медицинских кадров в области скрининга и лучевой диагностики заболеваний молочной железы. Особенностью подготовки специалиста по маммологии является необходимость комплексного использования возможностей бездозовых лучевых, рентгенологических и ультразвуковых технологий в руках одного специалиста, обеспечивающих повышение качества диагностики, упрощение процедуры обследования, сокращение сроков получения окончательного диагноза до одного дня.

Анализ анкетирования ЛПУ и кафедр регионов России показал, что в половине территорий в рентгеномаммографических кабинетах работают рентгенологи, не прошедшие специальную подготовку по маммологии, либо часть кабинетов не используется или используется не полностью.

Анализ зависимости технического оснащения региона и уровня подготовки медицинских кадров по клинической маммологии показал влияние этих составляющих на эффективность выявления I–II стадии рака молочной железы. Так, улучшение оснащенности и подготовленности кадров в среднем по стране способствовало снижению летальности на первом году жизни за последние 10 лет с 11,5 до 9,7, общая летальность – с 5,4 до 4,7. Удельный вес больных раком молочной железы 3–4 стадии снизился с 37,2 до 36,5, заболеваемость раком молочной железы в 1-2 стадии повысилась с 61,6 до 62,7.

Таким образом, негативное влияние на структуру заболеваемости молочной железы оказывает недостаточное техническое оснащение и неподготовленность кадров, система маммологического скрининга только зарождается и требует систематической работы, четкого планирования образовательного процесса на основе внедрения системы непрерывного образования, технического переоснащения учебных баз в соответствии с быстро развивающимися технологиями.

## ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В ГОРОДЕ МОСКВЕ

*А.М. Сдвижков, В.И. Борисов, И.Д. Васильева, В.В. Евтягин, Т.Д. Кропачева, И.П. Свичкарь  
Онкологический клинический диспансер №1, г. Москва*

В структуре онкологических заболеваний у женщин в г. Москве рак молочной железы (РМЖ) с 1996 г. вышел на первое место и заболеваемость сохраняет тенденцию к увеличению: в 2000 г. она составила 73,8 на 100 тыс. женского населения, а в 2009г. – 93,8 соответственно.

В стратегии борьбы с РМЖ нет альтернативы вторичной профилактике, то есть скринингу, под которым подразумевается массовое периодическое обследование здоровых женщин, не предъявляющих жалоб на наличие опухоли в молочной железе, с целью выявления скрыто протекающего онкологического заболевания в той стадии, когда оно может быть излечено существующими методами лечения.

Внедрение маммографического скрининга в Москве относится к 1998 г. Практическое осуществление этой программы начато с 2004 г., когда количество маммографов достигло 85 (в 2010 г. – 105).

Маммографический скрининг проводится женщинам 40 – 60 лет с интервалом один раз в два года.

Маммографический скрининг состоит из звеньев: городская поликлиника, маммографический кабинет, окружное маммологическое отделение, онкологическое учреждение.

Маммографическому скринингу подлежат 1 млн. женщин в возрасте 40 – 60 лет.

В 2004–2005 гг. обследовано 542936 женщин (54,3% от должного); в 2006–2007 гг. – 785631 женщина (78,6% от должного); в 2008–2009 гг. – 911008 женщин (91,1% от должного).

В 2004–2009 г. рак молочной железы выявлен у 5244 женщин, что составляет 0,2% от всех обследованных. Проводится 3 раунд скрининга. Значительная часть женщин прошла обследование дважды.

В структуре рака молочной железы, выявляемого при маммографическом скрининге, преобладают ранние формы рака. I стадия заболевания ежегодно активно выявляется более чем в 40% случаев, а I–II стадии вместе взятые в среднем до 96,0 %.

У 48976 (2,8%) выявлены доброкачественные узловые образования.

В 2004–2009 гг. выявлено 64 (1,2%) больных с 0 стадией (рак in situ). При анализе распределения больных с впервые в жизни установленным диагнозом по стадиям рака молочной железы за период реализации маммографического скрининга отмечен рост удельного веса больных I стадии в группе больных 40–60 лет с 18,9% в 2003 году до 24,1% в 2009 году.

Доля больных с III–IV стадией заболевания в возрастной группе 40–60 лет сократилась с 35,7 в 2003 г. до 30,1% в 2009 г.

Благодаря проводимому маммографическому скринингу и современному лечению отмечается снижение смертности от рака молочной железы на 100 тыс. женского населения в группе больных 40–60 лет с 41,7 случаев в 2005 году до 36,1 в 2009 году (на 13,5%).

В структуре заболеваемости раком молочной железы в г. Москве женщины в возрасте 40–60 лет составляют 43%, в возрасте 61–69 лет – 24,5%. Поэтому очень актуально включение этой возрастной группы в маммографический скрининг.

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РМЖ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО МАММОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

*Мануйлова О.О. Касаткина Л.И. Ионас Е.А.*

1. Последние годы ознаменовались широкими внедрениями в практику высокоинформативных технологий для диагностики РМЖ, позволяющих диагностировать заболевания на ранних доклинических стадиях развития, в том числе и в случаях малосимптомного, атипичного течения заболевания, что позволило значительно улучшить результаты выживаемости.

2. Новые диагностические технологии, которые базируются на маммографическом и ультразвуковом исследованиях, позволяют верифицировать непальпируемые, подозрительные на рак участки ткани молочной железы. Биопсия под визуальным контролем стала широко внедряться в медицинскую практику.

3. Показаниями к выполнению данной процедуры являются результаты маммографического и ультразвукового исследования: визуализация узлового непальпируемого образования до 1,5 см, скопление микрокальцинатов на фоне локального уплотнения, участок фиброзной ткани с перестройкой структуры.

4. Актуальность и более высокая эффективность данной методики заключается в том, что биопсийная процедура является безопасным, эффективным, стереотаксическим методом биопсии МЖ. Забор ткани осуществляется с минимальными структурными разрушениями, что повышает адекватность гистологического или цитологического исследования препарата. Осложнений при проведении нами биопсий МЖ не было.

5. При малых размерах МЖ, при расположении патологического образования в области соска, при глубоком залегании непальпируемого образования, проведение процедуры затруднено, и аппарат не дает разрешения на проведение процедуры пистолет-игла. Нами была разработана, и введена в практику разметка координат на аппарате МАММО-ЗМТ как для проведения биопсийной процедуры, при этом забор материала из патологического участка производится в ручную, с последующим рентгеновским контролем.

## **ВЫВОДЫ**

Предложенная методика позволяет поставить правильный диагноз на ранних доклинических стадиях развития, в случаях малосимптомного, атипичного течения заболевания, уточнить характер новообразований МЖ, в более короткие сроки и определить тактику лечения.

## **ЭЛЕКТРОИМПЕДАНСНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ МАММОГРАФИЯ В СКРИНИНГЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Д.Д. Пак, Н.И. Рожкова, С.А. Седых, М.В. Ермошенина, А.А. Назаров, Д.К. Фомин, Н.А. Рубцова*  
*ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена»*  
*Минздравсоцразвития России*  
*ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздравсоцразвития России*  
*Москва, Россия*

В структуре онкологической заболеваемости РФ рак молочной железы (РМЖ) занимает 1 место среди злокачественных новообразований у женщин. В настоящее время необходимым является организация скрининга и ранней диагностики РМЖ, обеспечивающих органосохраняющее лечение, высокое качество и продолжительность жизни. Актуальным является применение бездозового информативного метода оценки состояния тканей молочной железы для массовых осмотров, диспансерного наблюдения женщин всех возрастов.

**Цель работы:** определение эффективности электроимпедансной компьютерной томомаммографии (ЭИТ) как метода скрининга в сравнении с возможностями диагностических технологий – ультразвуковым исследованием (УЗИ) и цифровой рентгеновской маммографией (РМГ).

**Материалы и методы.** В МНИОИ им. П.А. Герцена было обследовано 117 женщин от 22 до 84 лет. Исследование выполнялось на электроимпедансном компьютерном маммографе МЭИК с программным обеспечением 5.6. Сопоставление результатов обследования и клинико-морфологического диагноза осуществлялось после завершения выполнения ЭИТ, занесения данных в расчетную таблицу и получения от программы степени риска патологических изменений в молочных железах. Диагноз каждой обследуемой пациентки на этапе выполнения ЭИТ был неизвестен. Проведено клинико-инструментальное обследование 42 пациенток, имеющих различной степени выраженности явления мастопатии, доброкачественные образования в молочных железах, а также не имеющих патологических изменений, и 75 пациенток, имеющих морфологическое подтверждение рака молочной железы I–III стадий. Всем пациенткам были выполнены УЗИ и цифровая РМГ.

По данным УЗИ у 65,8% (77) женщин было выявлено узловое образование в молочной железе (100% совпадений с РМГ), из которых у 64% (75) морфологически подтвержден рак, у 1,7% (2) – доброкачественная опухоль молочной железы (1 – фибroadенома, 1 – фибролипома). В 13,7% (16) случаев были выявлены физиологические инволютивные процессы в молочных железах (фиброзно-жировая, жировая инволюция) – (81,25% совпадений с РМГ), в 10,3% (12) – диффузная фиброзно-кистозная мастопатия (33,3% совпадений с РМГ), в 8,5% (10) – диффузная фиброзная мастопатия (60% совпадений с РМГ), в 3,4% (4) среди пациенток с физиологическими инволютивными изменениями и мастопатией были обнаружены единичные кисты (50% совпадений с РМГ). Нормальное состояние молочных желез было выявлено у 5,1% (6) женщин (66,7% совпадений с РМГ). По данным цифровой рентгеновской маммографии узловое образование в молочной железе обнаружено у 65,8% – (100% совпадение с УЗИ), локальный фиброз выявлен у 1,7% (2) (при УЗИ – фиброзно-жировая и жировая инволюция, 0% совпадений с УЗИ), у 12,8% (15) – физиологические инволютивные процессы (100% совпадений с УЗИ), у 6,8% (8) – диффузная фиброзно-кистозная мастопатия (62,5% совпадений с УЗИ), у 3,4% (4) – диффузная фиброзная мастопатия (100% совпадений с УЗИ), у 1,7% (2) на фоне инволютивных процессов выявлены единичные кисты (100% совпадений с УЗИ), у 0,85% (1) – рассеянные микрокальцинаты на фоне диффузной фиброзно-кистозной мастопатии. Нормальное состояние

молочных желез по данным РМГ выявлено у 5,1% (6) женщин (66,7% совпадений с УЗИ). При ЭИТ в 98% случаях наблюдались нарушения в распределении электропроводности с различной степенью риска, соответствующие тем или иным патологическим изменениям, подтвержденным при стандартном маммографическом обследовании. Вероятность патологии  $54,25\% \pm 12,4$  по данным стандартного обследования ЭИТ определяла показания к консервативному лечению. Необходимость хирургического лечения по данным ЭИТ определяла вероятность патологии  $57,75\% \pm 11,2$ . Анализ результатов электроимпедансной томомаммографии проводили на основе графических, числовых и визуальных характеристик. Среднее время обследования одной пациентки – 10 мин.

**Результаты.** Из 75 больных раком молочной железы у 96% (72) выявлена 3 степень риска развития заболевания, у 4% (3) – 2 степень риска, в связи с чем больным было рекомендовано дообследование. Ложноположительные результаты выявлены в 12,61% случаев, что диктовало необходимость более частого динамического наблюдения за данной группой больных. В целом, эффективность скрининга методом ЭИТ составила 87,39%.

**Выводы.** Электроимпедансный компьютерный маммограф является инновационной российской разработкой для бездозового скринингового обследования молочных желез, отбора лиц в группу риска и контроля эффективности лекарственной терапии. Объективные критерии выявленных изменений при ЭИТ с высокой степенью точности 87,39% определяют показания к дальнейшему обязательному дообследованию, включающему клинический осмотр, ультразвуковое и рентгеномаммографическое исследования. ЭИТ может использоваться в смотровых кабинетах амбулаторно-поликлинических учреждений, женских консультациях, родильных домах, учитывая отсутствие лучевой нагрузки.

## **ВОЗМОЖНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.**

*Гусейнова А.З., Агапов О.В., Елистратова А.В., Истомин Д.А., Касаткина А.Б., Мытрова О.Б.  
Кафедра хирургических болезней №1 с курсом онкологии медицинского института  
Тульского государственного университета, г. Тула.*

Для выбора тактики лечения больных с очаговыми образованиями молочных желез необходима морфологическая верификация, особенно при раке молочной железы, что предопределяет тактику, проводимое лечение и прогноз заболевания.

Для пальпируемых и поверхностно расположенных образований, как правило, достаточно выполнения пункционной тонко- или толстоигольной биопсии под визуальным контролем.

Для непальпируемых образований и при неинформативности пункционной биопсии под визуальным контролем востребованы диагностические возможности ультразвукового исследования (УЗИ), которое используется не только в эхографическом выявлении патологии, но и в проведении тонкоигольной пункционной аспирационной биопсии (ПАБ) под ультразвуковым (УЗ) контролем.

При назначении ПАБ под УЗ-контролем при непальпируемых образованиях определяющее значение имеют исходные ультразвуковые и/или рентгенологические характеристики очаговых образований.

Однако, однократная ПАБ не всегда позволяет верифицировать диагноз, что требует повторной биопсии.

С другой стороны, по мнению ряда исследователей, показанием к проведению ПАБ является случаи рака молочной железы либо подозрение на рак, что оставляет за пределами внимания клинициста доброкачественные образования молочных желез и группу больных с локализованной мастопатией.

**Цель работы** – оценить возможность ПАБ под УЗ-контролем в диагностике очаговых образований молочных желез и определить показания к ее назначению, кратности проведения тонко-, толстоигольной и пункции режущей иглой.

Материалом для исследования послужили результаты 180 ПАБ под УЗ-контролем очаговых молочных желез и определить показания образований молочных желез, проведенных на клинических базах кафедры хирургических болезней №1 с 2006 по 2009 гг.

Возраст больных варьировал от 18 до 73 лет (в среднем  $52,4 \pm 3,1$  года).

Всем больным до биопсии проводилось рентгеномаммография и УЗИ молочных желез, лабораторное исследование крови.

У 136 (75,6 %) пациентов пальпировались уплотнения в молочной железе, у остальных 44 (24,4%) были образования.

Анализируются данные по кратности проводимых пункций. В 138 (76,7%) диагноз был установлен после однократной тонкоигольной биопсии, в 31 (17,2%) случаях – после двукратной биопсии и в 11 (6,1%) – после третьей попытки, но уже с использованием режущей иглы.

Показаниями для повторной пункции у 46 (25,5%) больных было подозрение на рак молочной железы.

По морфологическим данным, 112 (62,1%) случаев было выявлено доброкачественное образование, в 16 (8,9%) – подозрение на фиброаденому.

В 20 (11,2%) наблюдениях морфологическая картина была расценена как локализованная мастопатия.

В 32 (17,8) случаях был диагностирован рак молочной железы.

Все больные прооперированы. Случаи рака молочной железы подтверждены патоморфологическим исследованием операционного материала. В 1 случае с патоморфологическим подозрением на фиброаденому, в другом – с локализованной мастопатией – по данным срочного гистологического исследования был установлен рак молочной железы, потребовавший выполнения радикальной мастэктомии.

На основании полученных данных, именно в третьей группе больных необходимо добиться морфологической верификации многократной (до 3-х раз) биопсией с режущей иглой.

При невозможности уточнения диагноза больные должны оперироваться с подозрением на рак.

Таким образом, ПАБ под УЗ-контролем позволяет в 100% случаев добиться морфологической верификации очаговых образований молочной железы, имеющие ультразвуковые и рентгеномаммографические признаки злокачественного процесса с кратностью манипуляции от 1 до 3.

При неуточненном характере образования ПАБ под УЗ-контролем позволяет добиться 100% верификации диагноза, что предполагает обязательное выполнение секторальной резекции молочной железы со срочным гистологическим исследованием для исключения (подтверждения) новообразования.

## **КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ**

*Золотова В.И., Суворова Л.А., Маламура О.П.  
Москва. НУЗ Центральная поликлиника ОАО «РЖД»*

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Диагностика рака молочной железы (РМЖ) на ранних стадиях в настоящее время является одной из актуальных проблем, так как на протяжении многих лет РМЖ занимает 1 место среди злокачественных новообразований у женщин и имеет тенденцию к дальнейшему росту.

Значительные трудности в выявлении малых форм рака молочной железы обусловлены различными формами фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ), такими, как локальный и диффузный фиброзирующий аденоз, гиперплазия отдельных долек, наличие кист с плотной капсулой и неоднородным содержимым, локальный и диффузный фиброз, рубцовые изменения после ранее проведенных вмешательств, гипертрофия молочных желез, наличие имплантов.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Определить оптимальный алгоритм комплексного обследования пациентов для своевременного выявления ранних форм рака молочной железы.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** За последние три года обследовано 6028 женщин, обратившихся по поводу различных жалоб, а также направленных на исследования после проведенных профилактических осмотров. Больные были в возрасте от 30 до 75 лет: с сохраненной репродуктивной функцией – 38,2%, в менопаузе – 61,8 % женщин. У 49 % женщин имелась сопутствующая гинекологическая патология.

Для своевременного выявления ранних стадий РМЖ нами применяется комплексный подход в диагностике данной патологии, включающий опрос, осмотр и пальпацию врачом, рентгеновскую маммографию, ультразвуковое исследование, при сектернирующих молочных железах цитологическое исследование мазков-отпечатков.

Пациентки с узловыми образованиями проходят дообследование – исследование с локальной компрессией, с увеличением, проведение стереотаксических пункций (при непальпируемых образованиях от 4–5 мм до 1,5 см, сгруппированных микрокальцинатах или участках локального фиброза) или тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия под контролем УЗИ (кистозные или солидные узловые образования).

Показаниями для дуктографии являются кровянистые выделения из соска (положительный гемотест или результаты цитологического исследования). Дуктография позволяет обнаружить и уточнить локализацию внутрипротоковых образований. Пациентки при выявлении внутрипротоковых разрастаний направляются онкологом на оперативное лечение.

Используя все современные методы обследования стало возможным не только выявлять ранние формы заболеваний молочных желез, но значительно сократить сроки обследования женщин в амбулаторных условиях.

Врачи хирургического отделения поликлиники направляют женщин после 40 лет на диспансерное маммографическое обследование один раз в год. До 40 лет обследование молочных желез начинают с ультразвукового исследования (учитывая плотность железистой ткани).

Пациентки с выявленными злокачественными новообразованиями в молочной железе были госпитализированы онкологом для дальнейшего лечения в НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО «РЖД».

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Из числа обследованных женщин РМЖ выявлен у 71 (1,8 %), из них у 21 – размер опухоли до 1,0 см, у 45 – до 1,5 см, у 5 женщин – более 1,5 см. Диагноз верифицирован после радикального оперативного вмешательства. Все больные имели I-II стадии.

В результате комплексного обследования выявлено, что преобладают доброкачественные заболевания молочных желез: 39,7% диффузная фиброзно-кистозная болезнь, узловые формы мастопатии – 13,3%, фибroadеномы – 13,1%, кисты – 22,7%. Непальпируемые доброкачественные образования (верифицированные при стереотаксической пункции) обнаружены в 9,4%, рак молочной железы выявлен в 1,8 %.

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, использование комплексного подхода к обследованию женщин позволяет не только своевременно диагностировать опухолевые заболевания молочных желез (даже непальпируемые образования), но и максимально сократить сроки обследования женщин в амбулаторных условиях и назначать адекватное лечение.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ДОПЛЕРОМЕТРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ.**

*Комарова А.Н., Курбатова И.И.*

*НУЗ Отделенческая клиническая больница на станции Барнаул, г. Барнаул*

**Актуальность работы:** В структуре смертности и заболеваемости рак молочной железы занимает первое место. Злокачественные новообразования на фоне фиброзно-кистозной мастопатии встречаются в 3–5 раз чаще. До настоящего времени алгоритм диагностики женщин с патологией молочной железы ограничивался данными рутинного ультразвукового исследования и маммографии. Показатели эхографических различий между физиологическим состоянием и патологическими изменениями крайне ограничены, а оценка кровоснабжения проводилась в единичных работах, а основном посвященных диагностике злокачественных новообразований.

**Цель исследования:** Разработать критерии диагностики патологии молочной железы с использованием современных методик.

**Материалы и методы исследования:** Исследование проводилось на базе НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Барнаул. В основную группу вошли 136 больных различными формами фиброзно-кистозной болезни в возрасте от 20 до 55 лет. Критериями включения в неё являлось: возраст 20–55 лет, наличие клинических ультразвуковых, морфологических признаков фиброзно-кистозной болезни. Критериями исключения из исследования служили: подозрение или подтверждение злокачественного процесса в молочной железе, беременность, послеродовой период, лактация.

Группу сравнения составили 89 женщин в возрасте 20–55 лет, без клинических и ультразвуковых признаков фиброзно-кистозной мастопатии.

Обследование молочных желез включало в себя физикальное и ультразвуковое исследование, доплерографию с цветным доплеровским картированием (ЦДК) кровотока в артериях паренхимы.

С целью количественного анализа изображения молочной железы осуществляли измерение толщины паренхимы (фиброгланулярной зоны – ФГЗ). Измерение проводили в области её наибольшей выраженности (верхне-наружный квадрант). Базовый этап ультразвукового исследования заканчивался доплеровским исследованием сосудов молочной железы. При этом оценивались скорости: максимальная систолическая скорость  $V_{pS}$  (см/с), конечная диастолическая скорость кровотока  $V_{ed}$  (см/с), индекс резистентности (RI) и пульсационный индекс (PI).

**Результаты исследования:** Толщина фиброгланулярной зоны (ФГЗ) молочных желез у больных с фиброзно-кистозной мастопатией превышала таковую у здоровых женщин. В первой фазе менструального цикла толщина ФГЗ в основной группе составила  $16,3 \pm 0,3$  мм и  $12,1 \pm 0,4$  мм в группе сравнения ( $p < 0,001$ ). В возрастной группе 20–35 лет –  $18,6 \pm 0,4$  мм у женщин с ФКБ и  $12,3 \pm 0,5$  мм у здоровых женщин ( $p < 0,01$ ); 36–45 лет  $16,2 \pm 0,3$  мм и  $10,4 \pm 0,4$  мм ( $p < 0,01$ ); 46–55 лет  $15,7 \pm 0,5$  мм и  $8,1 \pm 0,4$  мм соответственно ( $p < 0,001$ ). Во второй фазе менструального цикла толщина ФГЗ составила  $18,4 \pm 0,5$  мм у женщин основной группы и  $11,9 \pm 0,5$  у женщин группы сравнения ( $p < 0,001$ ). В возрасте 20–35 лет –  $18,9 \pm 0,4$  мм у женщин с ФКБ и  $12,1 \pm 0,3$  мм у здоровых женщин ( $p < 0,01$ ); 36–45 лет  $17,1 \pm 0,3$  мм и  $9,1 \pm 0,5$  мм ( $p < 0,01$ ); 46–55 лет  $16,2 \pm 0,3$  мм и  $9,2 \pm 0,5$  мм соответственно ( $p < 0,001$ ).

В результате проведенного исследования показателей кровотока в собственных артериях молочной железы было выявлено достоверное увеличение максимальной систолической скорости, индекса резистентности и пульсового индекса у женщин с фиброзно-кистозной болезнью. Максимальная систолическая скорость у женщин основной



группы составила  $17,85 \pm 0,83$  см/с, в группе сравнения  $12,62 \pm 0,94$  см/с ( $p < 0,01$ ). Индекс резистентности у женщин ФКБ был  $0,76 \pm 0,02$  у.е., в группе сравнения  $0,69 \pm 0,02$  у.е. ( $p < 0,05$ ). Пульсационный индекс у женщин основной группы составил  $1,63 \pm 0,07$  у.е., в группе сравнения –  $1,58 \pm 0,05$  у.е. ( $p < 0,05$ ).

**Обсуждение результатов:** Результаты проведенного исследования позволили дополнить используемые в настоящее время методики используемые для диагностики фиброзно-кистозной мастопатии высокоинформативными показателями состояния молочных желез в разные фазы менструального цикла. Их комплексное использование позволяет более эффективно оценить течение фиброзно-кистозной мастопатии и результатов её лечения.

**Выводы:**

1. Толщина паренхимы молочных желез у здоровых женщин обратно коррелирует с возрастом. Также наблюдается увеличение толщины паренхимы молочных желез во второй фазе менструального цикла.
2. Толщина паренхимы молочных желез у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией достоверно выше, чем у здоровых женщин.
3. У женщин с наличием патологии молочных желез достоверно выше максимальная систолическая скорость, индекс резистентности и пульсационный индекс.

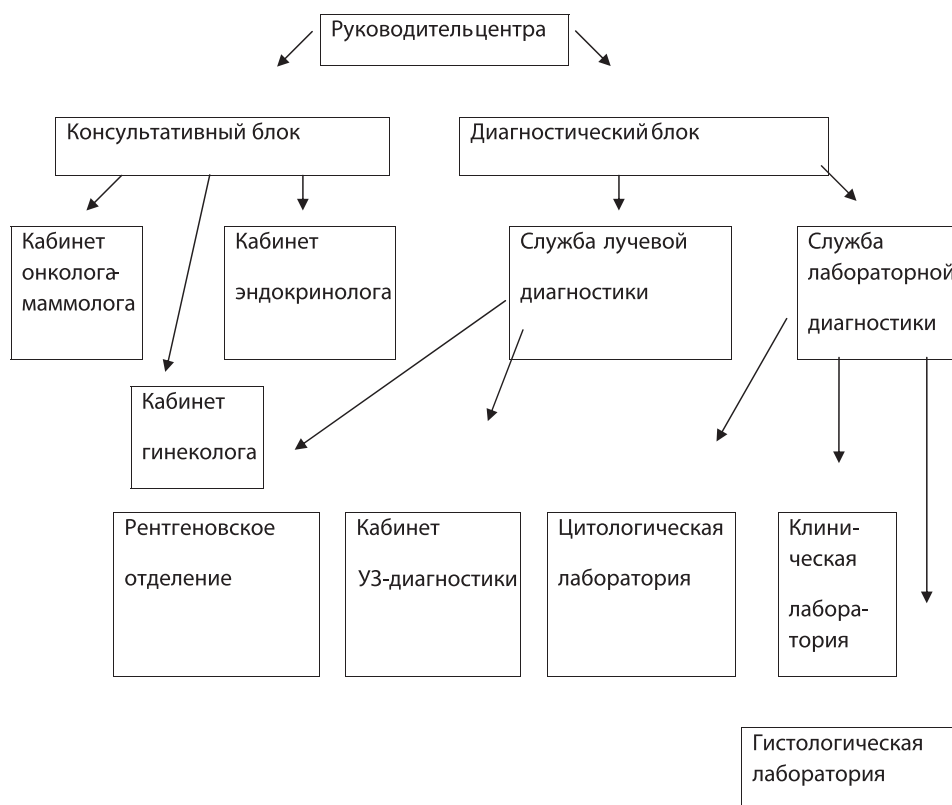
**ОПЫТ РАБОТЫ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО  
МАММОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НУЗ  
«ОТДЕЛЕНЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТ. ВЛАДИМИР ОАО «РЖД»**

*Бабкин А.Е., зав. рентгенологическим отделением, к.м.н., Леонтьева Н.В., врач-онколог  
НУЗ Отделенческая больница на ст.Владимир ОАО «РЖД»*

Проблема заболеваний молочных желез в последнее десятилетие привлекает все большее внимание ученых и общественности. Известно, что диагностика заболевания на ранних стадиях позволяет излечить подавляющее большинство больных. Естественно, что на первый план выходит организация и методы ранней диагностики заболеваний молочных желез и, в первую очередь, рака молочной железы.

В Отделенческой больнице на ст. Владимир организован консультативно-диагностический маммологический центр.

**Структура консультативно-диагностического маммологического центра  
при НУЗ «Отделенческая больница на ст.Владимир ОАО «РЖД»**



В задачи консультативно-диагностического маммологического центра входят:

- разработка и внедрение программы ранней диагностики рака молочной железы (профосмотры, обучающие программы по самообследованию молочных желез);
- медицинская профилактика рака молочной железы (своевременная диагностика и адекватное лечение мастопатий);
- внедрение в практику новых методов диагностики и лечения заболеваний молочной железы;
- обучение врачей и среднего медицинского персонала методам клинической диагностики заболеваний молочных желез;
- рекламно-просветительская работа среди населения.

За период 2004–2009 гг. количество посещений составило 22896, произведено маммограмм – 17648, из них: прицельных маммограмм без увеличения – 1917, с увеличением – 306, пневмокистографий – 1127, дуктографий – 6. Произведено УЗИ молочных желез – 16536, исследований зон регионарного лимфооттока – 2344, ТПБ для цитологического исследования – 2685, вакуумная аспирационная биопсия – 1685, пункция кисты со склерозированием – 187.

#### **Анализ комплексного обследования:**

Диффузная мастопатия – 41,5%, кисты – 23,2%, фиброаденомы – 12,6%, узловая мастопатия – 10,2%, непальпируемые образования – 8,5%, рак – 1,9%, воспалительные и травматические изменения – 1,4%, в/протоковая папиллома – 0,7%.

Среди выявленных случаев рака 60% составили пальпируемые и 40% непальпируемые формы. При диагностике по обращаемости 1 стадия рака не диагностирована ни в одном случае. У женщин состоящих в системе скрининга в 72% случаев выявлен рак 1 стадии.

#### **Выводы:**

Полученные данные еще раз подтверждают необходимость и целесообразность комплексного обследования для выявления патологии молочных желез, прежде всего раннего обнаружения рака молочной железы.

Принцип диагностики «в одних руках» позволяет максимально точно трактовать изменения в молочных железах, сокращает сроки обследования и является экономически наиболее обоснованным.

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ИССЛЕДОВАНИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Ермаков А.В., Пак Д.Д.*

*МНИОИ им. П.А. Герцена, Минздравсоцразвития РФ, г. Москва*

**Актуальность:** хирургическое вмешательство у больных раком молочной железы должно включать в себя удаление пораженного органа с регионарными лимфатическими узлами. Лимфодиссекция несет в себе важную морфологическую информацию о распространенности и прогнозе заболевания. Морфологическое исследование это единственный точный метод определения метастазов в лимфатических узлах. Радикальное хирургическое вмешательство на лимфатических узлах сопровождается такими хирургическими осложнениями, как инфицирование раны, длительная лимфоррея, отек и ограничение подвижности верхней конечности на стороне поражения, и как итог этого, неудовлетворительный косметический результат. Часто при гистологическом исследовании лимфатических узлов метастазы рака не обнаруживаются, что является благоприятным фактором в прогнозе, и всякий раз побуждает онкологов обоснованно подходить к выбору объема лимфодиссекции.

**Цель:** обоснование экономного хирургического вмешательства на лимфатических узлах с использованием методики идентификации сторожевых лимфатических узлов у больных с начальными стадиями рака молочной железы.

**Материал и методы:** в исследование включено 74 больных раком молочной железы, прошедшие хирургическое лечение с определением сторожевых лимфатических узлов. Перед операцией выполняли инъекцию лимфотропного радиофармпрепарата. До операции топографический поиск сторожевых лимфатических узлов выполнялся при обзорной скинтиграфии с использованием стационарного компьютерного гамма-томографа. Во время операции поиск сторожевых лимфатических узлов выполнялся с использованием портативного гамма-сканера. В качестве лимфотропного радиофармпрепарата применялся «Наноцисс», меченный радиоактивным модифицированным

Технецием<sup>99</sup>, который вводился перитуморально. Через 3-24 часа после введения радиофармпрепарата выполнялась обзорная лимфосцинтиграфия. На лимфосцинтиграммах определялось наличие депо радиофармпрепарата в месте его первоначального введения, а также очаги накопления, соответствующие сторожевым лимфатическим узлам. Во время операции проводился поиск сторожевых лимфатических узлов с использованием портативного гамма-сканера. Лимфатические узлы удаляли и также исследовали с использованием портативного гамма-сканера вне операционного поля. Во время операции проводилось срочное морфологическое исследование удаленных сторожевых лимфатических узлов. После операции проводилось морфологическое исследование удаленных как сторожевых, так и несторожевых лимфатических узлов.

**Результаты:** пациенты с размерами опухоли до 2,5 см составили 66,21%. Сторожевые лимфатические узлы, накопившие радиофармпрепарат в подмышечной области выявлены у 98,64% больных. У 29,72% больных в сторожевых лимфатических узлах обнаружены метастазы рака. Ложноотрицательный результат составил 2,7% – у 2 больных в сторожевых лимфатических узлах метастазов не было выявлено, хотя они определены в других лимфатических узлах подмышечной области. Больным было удалено всего 873 лимфатических узлов (в среднем 11,8) и произведено срочное гистологическое исследование сторожевых лимфатических узлов. Всего было идентифицировано и исследовано 105 сторожевых лимфатических узлов, что составило 12,0%. Метастазы при плановом гистологическом исследовании были выявлены у 29 больных в 88 лимфатических узлах из 627 удаленных лимфатических узлов. При срочном гистологическом исследовании метастазы были выявлены в 40 лимфатических узлах у 23 больных. Срочное гистологическое исследование достоверно менее информативно по сравнению с плановым и позволяет определить метастазы у 79,31% больных. Определена частота выявляемости сторожевых лимфатических узлов и метастазов от их локализации в различных уровнях лимфооттока подмышечной области. Чаще всего сторожевые лимфатические узлы I уровня (56,75% больных) и метастазы в них у 14 (18,9%). У 16,21% больных сторожевые лимфатические узлы выявлены во II уровне лимфооттока, из них у 5 (6,75%) обнаружены метастазы. Сторожевые лимфатические узлы III уровня обнаружены у 24,32% больных, из них с метастазами у 3 (4%). У 28 (80%) больных с размерами опухоли T1 выявлены сторожевые лимфатические узлы только I уровня и у 5 из них (14%) метастазы. У 2 (5,7%) больных выявлены изолированные сторожевые лимфатические узлы II уровня, однако в них метастазов не обнаружено. Сторожевые лимфатические узлы III уровня выявлены у 14% больных, из них с метастазами у 1 (2,8%). У 37 больных размеры первичной опухоли оказались T2. У 14 больных (38%) выявлены сторожевые лимфатические узлы I уровня, из них у 9 (24%) были обнаружены метастазы рака. У 10 больных (27%) сторожевые лимфатические узлы располагались во II уровне, из них у 5 (13,5%) имелись метастазы рака. Сторожевые узлы III уровня были у 13 (35%) больных, из них у 2 (5,4%) выявлены метастазы рака. Анализируя эти данные, можно полагать, что у больных с размерами опухоли T1 (до 2,0см) при отсутствии метастазов в сторожевых лимфатических узлах допустимо ограничиться удалением клетчатки с лимфатическими узлами I уровня метастазирования (лимфодиссекция D1). Ограничение объема операции только удалением сторожевых лимфатических узлов при размере опухоли T1, учитывая относительно невысокую информативность срочного морфологического исследования и ложноотрицательные результаты (2,7%), следует считать не совсем допустимым. При опухолях размерами T2 (не более 2,5 см), при отсутствии метастазов в сторожевых лимфатических узлах, допустимо удаление клетчатки и лимфатических узлов I и II уровней (лимфодиссекция D1 или D2). Состояние сторожевых лимфатических узлов подмышечной области при раке молочной железы отражает состояние подмышечного лимфатического коллектора с точностью 94,4%. При этом специфичность метода составляет – 97,2%, чувствительность метода – 88,8%.

**Выводы:** использование методики определения и исследования сторожевых лимфатических узлов при начальных стадиях рака молочной железы является эффективным для интраоперационного выявления лимфогенных метастазов и решения вопроса об объеме операции на лимфатических узлах подмышечной области.

## ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

*Пак Д.Д., Филоненко Е.В., Барсамян Г.С., Ефремов Г.Д.*  
*Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена,*  
*Минздравсоцразвития РФ*

**Цель работы.** Определение диагностической ценности интраоперационной флюоресцентной диагностики (иоФД) метастатического поражения лимфатических узлов (ЛУ) у больных раком молочной железы.

**Материалы и методы.** ИоФД метастазов рака молочной железы в регионарные ЛУ проведена 60 пациентке. Для иоФД использовали препарат Аласенс (ФГУ «ГНЦ НИОПИК» Россия), синтезированный на основе 5-аминолевулиновой кислоты, являющейся предшественником эндогенного флуорохрома протопорфирина IX (ППХ) в опухолевых клетках. Аласенс давали больным внутрь в виде раствора в дозе 30 мг/кг массы тела за 2,5-3,5 часа до проведения иоФД. У каждой пациентки было исследовано от 5 до 11 лимфатических узлов, в среднем  $8 \pm 1,9$ . Всего был исследован 498 лимфатический узел. Лимфатические узлы осматривались в белом свете, далее в режиме флюоресценции с визуальным определением флюоресценции и последующим измерением спектров флюоресценции с флюоресцирующих и нефлюоресцирующих участков. По результатам проведения каждого спектрального исследования в автоматическом режиме формировался протокол, в котором каждой точке ткани, где проводились измерения, соответствовала величина диагностического параметра.

**Результаты.** При сопоставлении данных ФД с результатами морфологического исследования чувствительность метода составила 72%, специфичность 80%.

**Выводы.** Результаты применения иоФД для оценки метастатического поражения ЛУ свидетельствуют об эффективности данной методики и перспективности ее применения во время операции, как простого инструмента для диагностики метастазов рака молочной железы в региональные ЛУ.

## МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*С.А.Агафонкин, Т.В.Агафонкина*  
*Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова, г. Чебоксары*

Отечно-инфильтративная форма – одна из самых прогностически неблагоприятных форм рака молочной железы. Правильно спланированный комплекс диагностических мероприятий в большинстве случаев позволяет грамотно, на современном уровне и своевременно начать лечение пациента. Выбор способа получения образца опухолевой ткани является одним из наиболее значимых событий в цепочке диагностических мероприятий. Ошибки в выборе метода биопсии и переоценка значимости результата исследования материала, полученного некорректным способом, приводит порой к печальным ошибкам.

Нами проанализированы результаты обследования 13 пациенток республиканского онкологического диспансера, в клинической картине болезни которых доминировал отек молочной железы. Всем пациенткам было проведено физикальное, рентгенологическое и ультразвуковое исследование молочных желез, применены различные способы биопсии опухолей. Заключительный клинический диагноз во всех случаях был установлен на основании патогистологического исследования опухолевой ткани, полученной либо методом хирургической (инцизионной) биопсии, либо после радикальной операции.

В четырех случаях отек сочетался с наличием в молочной железе опухоли, определяемой пальпаторно, рентгенологически или при ультразвуковом исследовании (вторичная отечно-инфильтративная форма). В семи случаях при наличии отека опухоль вышеперечисленными методами определить не удалось (первичная отечно-инфильтративная форма).

В двух случаях при комплексной оценке клиничко-рентгенологических данных вынесено ложноположительное заключение о раке молочной железы. У этих пациенток симптомы воспалительного процесса (мастит) имитировали симптоматику злокачественного образования. Вышеупомянутый диагноз в последующем был опровергнут данными хирургической биопсии.

У двух больных первичным отечно-инфильтративным раком молочной железы на основании неинвазивных методов исследования был установлен ошибочный диагноз воспалительного процесса. Правильный диагноз удалось установить только после хирургической биопсии.

Результативность тонкоигольной аспирационной биопсии при отечно-инфильтративном раке молочной железы низка. Из 24 биопсий молочных желез, пораженных раковой опухолью, точный результат удалось получить лишь в 4 случаях. Информативность трепанобиопсии в аналогичной ситуации несколько лучше, чем при тонкоигольной аспирационной биопсии, но также не абсолютна. Из 12 трепанобиопсий опухолей молочных желез правильный результат получен в 8 случаях.

В двух эпизодах по материалу, полученному при трепанобиопсии опухоли молочной железы (при вторичном отечно-инфильтративном раке) удалось выполнить иммуногистохимическое исследование. У двух пациенток иммунофенотипирование опухоли на дооперационном этапе выполнить не удалось из-за скудности материала, полученного методом трепанобиопсии.

Накопленный нами опыт диагностики отечно-инфильтративных форм рака молочной железы позволил сделать некоторые выводы и дать некоторые рекомендации, изложенные ниже:

1. При вторичном отечно-инфильтративном раке молочной железы может быть применен любой метод биопсии опухоли. Однако предпочтение следует отдать методам трепано- и хирургической биопсии, как наиболее информативным.
2. В случае если опухоль в молочной железе существует, но из-за повышенной плотности ткани молочной железы, вследствие отека, эта опухоль при пальпации определяется недостаточно четко, пункционную биопсию следует использовать при условии применения ультразвукового или рентгенологического наведения. «Слепому» методу биопсии в данном случае следует предпочесть метод хирургической биопсии.
3. При первичной отечно-инфильтративной форме рака молочной железы следует использовать метод хирургической (инцизионной) биопсии с получением образца биоптата, состоящего из кожи, подкожной клетчатки и ткани молочной железы.
4. При получении неинформативного результата какого-либо из методов биопсии, с условием полного соблюдения техники манипуляции, возможности данного метода следует считать исчерпанными. Необходимо применить другой, более информативный метод биопсии.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ АКТГ, ПРОЛАКТИНА И ОПУХОЛЕВОГО МАРКЕРА – СА 15-3 У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МЕТАСТАЗИРОВАНИИ В ЛЕГКИЕ**

*В.Н. Плохов, И.И. Андреяшкина, О.М. Конопацкова*  
*Отделение опухолей молочной железы ДКБ, г. Саратов*

**Задача исследования.** Сравнительная оценка уровня адренокортикотропного гормона (АКТГ), пролактина и уровня опухолевого маркера – СА 15-3 у больных раком молочной железы с метастазами в легкие.

**Материал и методы.** Для определения концентрации АКТГ, пролактина, ЛГ в сыворотке обследовано 90 больных раком молочной железы. Проанализированы показатели у больных раком молочной железы без метастазов (I группа пациенток), раком молочной железы с регионарными метастазами (II группа пациенток), и раком молочной железы с метастазами в легкие (III группа пациенток). Комплексное клинико-лабораторное обследование у больных раком молочной железы с метастазами в легкие и плевру было проведено до проведения полихимиотерапии, а также на 1 и 14-е сутки после окончания лечения.

**Результаты.** Уровень активности СА 15-3 в крови был максимально высоким в группе пациенток раком молочной железы с метастазами в легкие и составил  $44,7 \pm 0,112$  ЕД/л. Увеличение концентрации СА 15-3 в крови коррелирует с нарастанием уровня АКТГ. При сравнении уровня РЭА отмечено, что максимальный уровень активности отмечен в III группе пациенток и составил  $12,7 \pm 0,06$  нг/мл. Нарастание активности РЭА по мере прогрессирования рака молочной железы также коррелирует с увеличением показателей АКТГ. По мере прогрессирования заболевания уровень СА 15-3 увеличивается. Повышение уровня маркера СА 15-3 соответствует увеличению уровня АКТГ, что свидетельствует об агрессивности опухолевого процесса. Последующие наблюдения были проведены в группе больных с метастазами в легкие. Как показали результаты проведенных исследований, спустя сутки после проведенной полихимиотерапии уровень СА 15-3 снизился и составил  $23,5 \pm 0,02$  ЕД/л. Максимальное снижение уровня СА 15-3 наблюдалось на 14 сутки после проведенного лечения,  $12,8 \pm 0,412$  ЕД/л, соответственно ( $< 0,01$ ). Выводы. Таким образом, сравнительная оценка таких показателей как, маркера СА 15-3, уровня РЭА и АКТГ позволяет оценивать динамику опухолевого процесса. Это дает возможность по-новому оценить роль данных маркеров и позволяет использовать в ранней диагностики метастазирования рака молочной железы в легкие.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ В ЛЕГКИЕ И ПЛЕВРУ

*И.И. Андреяшкина, В.Н. Плохов,  
Отделение опухолей молочной железы ДКБ, г.Саратов*

**Цель работы.** Изучение влияния биологических особенностей опухоли на варианты метастазирования рака молочной железы в легкие. Рассмотрены особенности первичной опухоли в группах больных с ранними и поздними метастазами рака молочной железы в легкие.

**Материалы и методы.** Изучены результаты лечения 230 больных раком молочной железы с метастазами в легкие за период с 1994 по 2004 г. Средний возраст больных составил 57,6 лет у больных с солитарными метастазами и 49,2 лет у больных с множественными метастазами. Морфологическое подтверждение диагноза метастатического процесса в легких проводилось у 95 пациенток. При исследовании мокроты у 10 пациенток, при фибробронхоскопии у 14 больных, в 26 наблюдениях при трансторакальной пункции под рентгенологическим контролем, а у 45 больных при исследовании плевральной жидкости.

**Результаты.** Ранние метастазы в легкие констатированы у 58,4% пациенток, поздние метастазы у 41,6% пациенток. В группе пациенток с ранними метастазами в легкие в 60,5% наблюдениях отмечалась смешанная форма роста опухоли, тогда как у пациенток с поздними метастазами преобладала узловая форма роста опухоли у 81,2% пациенток. У 52,3% больных с ранними метастазами размер первичной опухоли был до пяти сантиметров, а у пациенток с поздними метастазами лишь в 12,5% наблюдениях. Опухоли размером более пяти сантиметров наиболее часто отмечались в группе больных с поздними метастазами в легкие и составили 36,5% наблюдений, тогда как в группе больных с ранними метастазами лишь в 6% случаях ( $p < 0,05$ ). У пациенток с отсутствием регионарных метастазов наиболее часто метастазы в легкие появляются на поздних сроках, с увеличением количества метастатических лимфоузлов увеличивается риск появления ранних метастазов в легкие. При отсутствии регионарных метастазов в 31,3% наблюдениях отмечались поздние метастазы, при уровне поражения N 3 в 23% случаев выявлены ранние метастазы, в группе с поздними метастазами данный уровень поражения лимфоузлов отмечен у 6,2% пациенток ( $p < 0,05$ ). При низкой степени дифференцировки опухолевой клетки ранние метастазы отмечены в 56% наблюдениях и поздние метастазы в 12,5% наблюдениях. В то время как появлению поздних метастазов в отличие от ранних метастазов в большей степени способствуют высокодифференцированные опухоли, 14,6% и 4,5%, соответственно ( $p < 0,05$ ). Раннее метастазирование коррелирует с высокой степенью злокачественности, III степень злокачественности в 53% наблюдениях отмечалась в группе пациенток с ранними метастазами и в 20,8% наблюдениях в группе с поздними метастазами ( $p < 0,05$ ). При анализе рецепторного статуса опухоли было отмечено, что склонностью к раннему метастазированию в легкие обладают опухоли с отрицательным гормональным статусом (48,8%). При чем при умеренной экспрессии рецепторного статуса большей склонностью к раннему метастазированию обладают опухоли отрицательные по рецепторам эстрогенов (33,4%) и склонностью к позднему метастазированию опухоли отрицательные по рецепторам прогестерона (46,7%) ( $p < 0,05$ ). В 75% наблюдениях опухоли с гиперэкспрессией HER 2 нео определяют ранние метастазы в легкие и в 46,7% случаях поздние метастазы. В 50,1 % наблюдениях пациенткам до выявления метастазов в легкие проводилась неоадьювантная терапия, в 35,7% наблюдениях химиолучевая терапия. В 8,7% наблюдениях проводилась химиотерапия и в 5,7% наблюдениях лучевая терапия. При проведении неоадьювантной терапии первичной опухоли отмечался значительный повреждающий эффект опухоли (III - IV степень патоморфоза). В этой группе больных в 63,5% наблюдениях были отмечены ранние метастазы ( $p < 0,05$ ). Была изучена распространенность в зависимости от сроков появления метастазов в легких. Наиболее часто при ранней диссеминации в легкие метастазы носят множественный характер в 78,3% наблюдениях, при поздних метастазах множественное поражение встречается в 38,6% наблюдениях. Солитарные метастазы в легких отмечались в поздние сроки метастазирования в 40,6% наблюдениях, в ранние сроки отмечались в 15% наблюдениях ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Выделение двух вариантов метастазирования рака молочной железы в легкие: ранние и поздние метастазы позволяет более точно определить прогноз заболевания и оптимизировать лечебную тактику. Раннее метастазирование обуславливают высокоагрессивные опухоли, оцениваемые по клиническим и морфологическим параметрам опухоли, и снижение иммунологической защиты организма. Поражение легких при раннем метастазировании наиболее часто носит множественный характер. Тогда как позднее метастазирование обуславливает лучший прогноз заболевания, так как вызывается менее агрессивными опухолями на фоне среднего уровня иммунологической защиты организма и носит зачастую ограниченный характер поражения легких. Указанные факторы должны учитываться в совокупности при составлении плана лечения больных раком молочной железы в легкие.

## ЛОКАЛИЗАЦИЯ РАННЕГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА

*А.Б. Порошенко, Ю.А. Геворкян, Н.В. Солдаткина, А.В. Даиков, Д.А. Харагезов*  
*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России»,*  
*г. Ростов-на-Дону*

**Задача исследования.** Изучить особенности отдаленных результатов органосохраняющего лечения ранних стадий рака правой и левой молочной железы.

**Материал и методы.** 75 случаев органосохраняющего лечения рака молочной железы ( $T_1N_0M_0$  – 45,  $T_1N_1M_0$  – 5,  $T_2N_0M_0$  – 21,  $T_2N_1M_0$  – 4), включая 27 случаев заболевания до 50 лет (36%). У 30 пациенток опухоль располагалась в наружных квадрантах левой (L-PMЖ), у 45 – в правой молочной железе (R-PMЖ). Превалировал инфильтрирующий протоковый рак 51 (68%). 43 пациенткам была выполнена расширенная секторальная резекция молочной железы с последующей дистанционной гамма-терапией на молочную железу и пути лимфооттока до суммарной очаговой дозы 40 Гр (43 пациентки) и полихимиотерапией (20 пациенток). 32 пациенткам была выполнена расширенная секторальная резекция молочной железы с диссекцией подмышечных лимфатических узлов всех трех этапов лимфогенного метастазирования с последующей дистанционной гамма-терапией (32 пациентки) и полихимиотерапией ( $T_{1-2}N_1M_0$  – 9 случаев;  $T_{1-2}N_0M_0$  – 9 случаев).

**Результаты.** Метастазы в регионарных лимфатических узлах (Mts+) выявлены в 5 (11,1%) случаях L-PMЖ (M:  $9,0_{LQ}$ - $9,0$ - $13,0_{UQ}$ ), генерализация в 2 (4,4%) случаях L-PMЖ, локо-регионарные рецидивы (LR+) (M:  $22,0_{LQ}$ - $45,0$ - $48,0_{UQ}$ ) в 6 (20%) случаях R-PMЖ, 1 (2,2%) случае L-PMЖ. Лог-линейный анализ взаимодействий «Сторона»\*«Группа»\*«Mts(±)»\*«LR(±)» показывает, что в упрощенной модели (при отсеивании по уровням  $p(1)>0.100$ ;  $p(2)<0.05$ ;  $\chi^2=8,3995$ ;  $df=9$ ;  $p=0,4945$ ) в качестве определяющих остаются следующие взаимодействия: «Сторона»\*«Mts(±)», «Сторона»\*«LR(±)», «LR(±)»\*«Mts(±)». Замена фактора «Группа» на «CMF±» не меняет структуры модели.

**Выводы.** Опухоли, расположенные в левой молочной железе, имеют тенденцию к регионарному и отдаленному метастазированию, в правой железе – к локо-регионарному рецидивированию. Представленные результаты указывают на возможность разработки дифференцированных, с учетом стороны расположения опухоли, схем лечения раннего рака молочной железы.

## НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ, КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Янченко М.В.*  
*НУЗ «Дорожная клиническая больница» ОАО «РЖД», г. Саратов*

Рак молочной железы занимает ведущее место среди злокачественных опухолей у женщин. Заболеваемость, за последние 20 лет, выросла на 40% и продолжается тенденция к росту. Течение рака молочной железы многообразно. На исход заболевания влияют множество различных факторов, которые учитываются при определении тактики лечения. Изучение новых аспектов влияющих на прогноз, в дополнение к стандартным, поможет спрогнозировать течение заболевания.

**Цель исследования** – изучить особенности свертывающей системы крови у больных раком молочной железы в разных стадиях заболевания.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 85 больных раком молочной железы, получавших лечение в клинике в 2006–2007г. Преобладали женщины в возрасте 40–60 лет (58%). Чаще поражалась правая молочная железа (52%), наружный квадрант (36%). Диагноз верифицирован гистологически. Всем проведено комплексное лечение, план которого определял онкоконсилиум. Для анализа проведено изучение коагулограмм.

**Результаты исследований.** При анализе историй болезни выявлено, что изменения в системе гемостаза можно разделить на 3 группы. Первая группа – 38 женщин (45%) – параметры коагулограммы в пределах нормы. Вторая группа – 28 пациенток (33%) – отмечено повышение активации плазменных факторов свертывания крови. Третья группа – 19 больных (22,3%) – установлено снижение активности плазменных факторов свертывания крови. При

сравнительном анализе по стадии заболевания в каждой группе установлены следующие особенности. В первой группе преобладали пациентки во II стадии – 50%, тогда как больных в I стадии было 29%, а в III–IV стадии – 21%. Во второй группе не установлено статистически достоверного преобладания какой-либо стадии процесса – больных в I стадии было 32%, во II стадии – 39%, а в III–IV стадии – 29%. В 3 группе несколько преобладали пациентки, имеющие II стадию заболевания – 42%. Больных в I стадии было 26%, а в III–IV стадии – 32%. Далее были изучены отдаленные результаты лечения в каждой группе. Трехлетняя выживаемость в первой группе составила: в I стадии – 100%, во II стадии – 98%, в III–IV стадиях – 56%. Трехлетняя выживаемость во второй группе составила: в I стадии – 98%, во II стадии – 91%, в III–IV стадиях – 39%. Трехлетняя выживаемость в третьей группе составила: в I стадии – 99%, во II стадии – 95%, в III–IV стадиях – 42%. Следовательно установлено, что отдаленные результаты лучше в больных имеющих нормальные показатели свертывающей системы крови, а также гипокоагуляцию.

**Выводы.** Опираясь на полученные данные по изменениям системы свертывания крови у больных раком молочной железы можно прогнозировать течение заболевания. Данное исследование находится в начальной стадии.

## **ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДОВ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

*Вознесенская Ю.В. Яковенко С.А.  
Клиника Репродукции «AltraVita», г. Москва*

### **Актуальность проблемы.**

Качество жизни пациентов, получивших комплексное лечение по поводу рака обеспечивается комплексом реабилитационных мероприятий, включающих медицинские, психологические, педагогические, информационные аспекты. Наряду с решением важнейших первоочередных проблем, встающих перед пациентом в первые годы после диагностики и лечения заболевания, в определенный момент возникает закономерный вопрос о создании полноценной семьи. В том случае, если наступление беременности не происходит естественным путем, единственной возможностью решения этой проблемы, до последнего времени, было усыновление, довольно часто трудно осуществимое по ряду причин.

Согласно Приказу Минздрава РФ от 26 февраля 2003 года N 67 «О применении ВРТ в терапии женского и мужского бесплодия» одним из противопоказаний к проведению программы ЭКО являются злокачественные новообразования любой локализации, в том числе в анамнезе. Тем не менее, количество пациентов, обращающихся в клиники ЭКО для решения данной проблемы растет из года в год.

### **Материалы и методы:**

В мире накоплен колоссальный опыт содружественного ведения онкологических пациентов онкологами и репродуктологами. Существующие методы сохранения фертильности включают в себя: индукция овуляции с помощью тамоксифена, летрозола, сочетанные протоколы индукции с применением препаратов рФСГ, естественные циклы, IVM – протоколы. При получении ооцитов производится их криоконсервация. Для супружеских пар используется криоконсервация эмбрионов. При невозможности проведения индукции овуляции производится забор яичниковой ткани для криоконсервации лапароскопическим доступом. В последующем, после излечения от основного заболевания, возможно гетеротопическая или ортотопическая трансплантация яичниковой ткани. Поскольку обязательным аспектом сохранения фертильности у данной категории пациентов является криоконсервация, очень важным вопросом является метод, используемый в клинике для сохранения ооцитов и эмбрионов .

### **Результаты:**

При переносе витрифицированных эмбрионов эффективность программы ЭКО составляет 40–52%, при переносе витрифицированных ооцитов – 20–25%. Беременности, полученные после трансплантации яичниковой ткани, единичны.

### **Обсуждения и выводы:**

Учитывая растущие потребности пациентов в реализации репродуктивной функции и практическую невозможность проведения программы ЭКО после излечения от основного заболевания, необходимо, учитывая мировой опыт, разработать совместные протоколы ведения этих пациентов и, при возможности, внести соответствующие изменения в законодательную базу.



## СОСТОЯНИЕ ГИДРОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ТКАНИ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕЕ ПЕРИФОКАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕЧЕНИЯ РАКА

*Е.М. Франциянц, Ю.А. Геворкян, Н.В. Солдаткина, А.В. Дашков*  
*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздравоохранения России»,  
г. Ростов-на-Дону*

**Цель исследования:** изучить активность гидролитической системы ткани злокачественных опухолей молочной железы и их перифокальной зоны в зависимости от вариантов течения рака.

**Материал и методы:** 226 больных в возрасте от 39 до 47 лет,  $T_{1-2}N_{0-1}M_0$ , которым 1 этапом лечения выполняли операцию, гистологический преобладал инфильтрирующий протоковый рак (82%). В ткани опухолей: одиночной (n=100), синхронной (n=39), второй метахронной (n=87), и в ткани перифокальной зоны опухолей исследовали активность катепсина Д, антитриптическую активность (АТА), кислотостабильные ингибиторы (КСИ), кислую и щелочную фосфатазу (КФ и ЩФ), коэффициенты соотношения катепсин Д/АТА, катепсин Д/КСИ, КФ/ЩФ.

**Результаты:** в ткани опухоли при всех вариантах роста активность катепсина Д в 1,5 раза выше значений в интактной ткани молочной железы. АТА в ткани одиночной и синхронной опухоли снижена в 2 раза и 1,7 раза, а в метахронной не отличалась от показателей в интактной ткани. Активность КСИ при всех вариантах роста опухоли не отличалась от значений в интактной ткани. Коэффициент катепсин Д/КСИ одинаков при всех вариантах роста и в 1,6 раза выше показателя в интактной ткани. Коэффициент катепсин Д/АТА по убывающей располагался так: одиночная опухоль → синхронная опухоль → метахронная опухоль. При одиночной опухоли коэффициент КФ/ЩФ не отличается от значений в интактной ткани, при синхронной и метахронной – снижен в 2,5 раза. Активность катепсина Д в перифокальной зоне одиночной и метахронной опухоли в 2,1 раза выше, чем в интактной ткани и в 1,5 раза выше, чем в соответствующей опухоли. Активность катепсина Д в перифокальной зоне синхронной опухоли в 1,4 раза выше показателя в интактной ткани и не отличалась от ткани соответствующей опухоли. АТА и активность КСИ в ткани перифокальной зоны одиночной опухоли не отличались от значений в интактной ткани, в синхронной опухоли – в 2,5 и 2,7 раза выше, в метахронной опухоли – снижены в 1,4 раза и 2 раза. В перифокальной зоне одиночной опухоли коэффициенты катепсин Д/АТА и катепсин Д/КСИ не отличались от показателей в ткани опухоли и превышали значения в ткани интактной железы в 2,8 раза и 2,1 раза. При синхронной опухоли величина этих коэффициентов в перифокальной зоне была в 1,8 и 1,9 раза ниже, чем в интактной ткани, и в 4,2 и 2,7 раза ниже значений в ткани соответствующей опухоли. При метахронной опухоли эти коэффициенты в перифокальной зоне в 4,6 и 3,1 раза выше, чем в интактной ткани, и в 2,3 и 2,1 раза выше, чем в ткани опухоли. Коэффициент КФ/ЩФ в перифокальной зоне опухоли при всех вариантах роста выше значений в интактной ткани и располагался по убывающей так: одиночная опухоль (в 2,6 раза) → синхронная опухоль (в 2,3 раза) → метахронная опухоль.

**Выводы:** Протеолитическая активность ткани опухолей молочной железы повышена вне зависимости от формы роста. При синхронном раке активность протеолитических процессов в ткани опухоли значительно превосходит таковую в перифокальной ткани, что соответствует наиболее злокачественному клиническому течению. При метахронном раке активность протеолиза в перифокальной зоне опухоли значительно превосходит таковую в ткани опухоли, что соответствует наименее злокачественному клиническому течению. При одиночной форме роста опухоли уровень ограниченного протеолиза уравновешивается между тканью опухоли и ее перифокальной зоной.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО МЕТАХРОННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Е.М. Франциянц, Ю.А. Геворкян, А.В. Дашков, Н.В. Солдаткина*  
*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздравоохранения России»,*  
*г. Ростов-на-Дону*

**Цель исследования.** Выявление групп риска по развитию первично-множественного метакронного рака молочной железы.

**Материал и методы.** В исследование включено 139 больных раком молочной железы в возрасте от 39 до 47 лет, которым 1 этапом лечения выполняли операцию, то есть опухоль молочной железы соответствовала 1–2 стадии ( $T_{1-2}N_{0-1}M_0$ ), гистологический преобладал инфильтрирующий протоковый рак (82%). В ткани злокачественных опухолей молочной железы (одиночных опухолей – 100 больных, вторых метакронных – 39 больных), удаленных во время операции, и их перифокальных зонах определяли активность фермента каталазы и рассчитывали соотношение активности фермента в ткани злокачественной опухоли к активности фермента в перифокальной ткани.

**Результаты.** Установлено, что соотношение активности каталазы в ткани метакронной опухоли молочной железы к активности фермента в перифокальной зоне опухоли составляет  $1,0 \pm 0,2$ . Соотношение активности каталазы в ткани одиночной опухоли к активности фермента в перифокальной зоне разделилось на две подгруппы: у большинства (92 больных) этот показатель составил  $0,5 \pm 0,04$ , у 8 больных показатель был такой же, как при метакронной опухоли –  $1,0 \pm 0,2$ . Уровень соотношения активности каталазы в ткани опухоли к активности фермента в перифокальной зоне опухоли не зависел от гистологического типа опухоли. Указанные 8 больных были выделены нами в группу интенсивного наблюдения. За время наблюдения в сроки от 2 до 4 лет у 7 из них возникли метакронные опухоли молочной железы.

**Выводы.** При метакронном раке молочной железы соотношение активности каталазы в ткани опухоли к активности фермента в ткани ее перифокальной зоны составляет  $1,0 \pm 0,2$ , а при одиночном раке молочной железы –  $0,5 \pm 0,04$ . При соотношении активности каталазы в ткани одиночной опухоли к активности фермента в ткани ее перифокальной зоны  $1,0 \pm 0,2$ , возможно прогнозирование развития метакронного рака молочной железы.

## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ БЕЛКА УВ-1 В ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Генс Г.П., \* Бяхов М.Ю., \*\* Коробкова Л.И., \* Рассказчикова Е.С., \* Астраханцев А.Ф., \*\* Муха С.Ф.,*  
*\*\* Моисеева Н.И., \*\*\* Стромская Т.П., \*\*\* Овчинников Л.П., \*\*\*\* Ставровская А.А. \*\*\**

*\*Кафедра онкологии и лучевой терапии МГМСУ*

*\*\*Онкологический центр НУЗ ЦКБ №2 им.Н.А. Семашко ОАО «РЖД»*

*\*\*\*Учреждение Российской академии медицинских наук Российский онкологический научный центр*

*РАМН им. Н.Н. Блохина*

*\*\*\*\*Институт белка РАН, Пушкино, Московская область*

**Актуальность:** Белок УВ-1 принадлежит к большому семейству ДНК/РНК-связывающих белков. Как фактор транскрипции, белок УВ-1 позитивно или негативно регулирует экспрессию различных генов, среди которых гены множественной лекарственной устойчивости, гены, участвующие в контроле деления клеток и апоптозе. Есть данные, показывающие, что УВ-1 участвует в процессах канцерогенеза и опухолевой прогрессии (Генс Г.П., Ставровская А.А. Вестник РОНЦ им.Н.Н.Блохина РАМН, т.21, №1, 2010). Последние исследования показали, что белок УВ-1 является фактором, который индуцирует экспрессию генов *EGFR* и *Her-2* (Law JH et al., PLoS ONE 2010 v.5, e12661). Показано, что УВ-1 участвует в регуляции процессов метастазирования клеток (Evdokimova V et al., Cancer Cell. 2009;15:402-15). Таким образом, белок УВ-1 связан с различными аспектами приспособления опухолевых клеток к лекарственному воздействию, он может являться одним из факторов прогрессии опухолей. В данном докладе будут приведены результаты наших исследований статуса УВ-1 в опухолях молочной железы (РМЖ) и влияния экспрессии УВ-1 на степень биологической агрессивности опухоли и клиническое течение болезни

**Цель работы:** Выявление прогностической значимости экспрессии УВ-1 в опухолях молочной железы

**Материалы и методы:** В исследование включено 97 больных РМЖ I–III стадий, из них – у 97% пациенток – инвазивный протоковый и в 3% случаев – дольковый рак. На основании молекулярно-биологических характеристик опухоли производили разделение на люминальный А и В, базальный, тройной негативный типы РМЖ. Всем больным в плане комплексного/комбинированного лечения проводили мастэктомию по Маддену. На первом этапе лечения 15 больным проводили неоадьювантную химиотерапию (ХТ), схема FAC или AC. Адьювантная ХТ включала схему AC и/или препараты таксанового ряда. Время наблюдения составило от 17 до 52 месяцев, медиана наблюдения – 35 месяцев. Количество мРНК *YB-1* определяли с помощью полуколичественной ОТ-ПЦР и ОТ-ПЦР в реальном времени. Для характеристики внутриклеточной локализации *YB-1* использовали иммуногистохимический метод исследования. Для статистической обработки использовались критерий Манн-Уитни, метод  $\chi^2$ , точный односторонний метод Фишера, критерий Каплан-Мейера.

**Результаты:** Высокое содержание мРНК *YB-1*, исследованное с помощью ОТ-ПЦР в реальном времени было обнаружено у 66% больных. Выявлено, что повышенное содержание мРНК *YB-1* в опухолевой ткани не является характерной чертой какого-то одного биологического типа РМЖ: при всех типах РМЖ случаи с повышенным содержанием мРНК *YB-1* встречаются с одинаковой частотой. Не было обнаружено статистически значимых корреляций между уровнем мРНК *YB-1* и известными прогностическими факторами, такими как размер опухоли, метастазы в регионарные лимфатические узлы, гормональный статус опухоли. Единственный признанный прогностический фактор для РМЖ, с которым была установлена корреляция – это маркер пролиферации Ki67 ( $r=0.78$ ;  $p<0.05$ ). Мы обнаружили, что повышенное количество мРНК *YB-1* в опухоли достоверно ассоциировано с большей частотой возникновения метастазов и рецидивов ( $p=0.04$ ). Это относится и к группе опухолей малого размера (T1-T2). Мы полагаем, что больные с РМЖ T1-T2 и высоким содержанием мРНК *YB-1* должны быть выделены в группу повышенного риска и взяты под специальное наблюдение. При окраске срезов опухолей белок *YB-1* в большинстве случаев обнаруживается в цитоплазме (60%), у трети больных он был в ядре клеток (28%), а в 12% случаев не детектировался вовсе. Статистически значимая корреляция между количеством мРНК *YB-1* и характером внутриклеточной локализации этого белка не обнаружена ( $p=0.2$ ), что свидетельствует в пользу того, что исследуемые признаки не связаны между собой и могут являться независимыми факторами прогноза заболевания. Анализ показал, что транслокация *YB-1* из цитоплазмы в ядра опухолевых клеток связана с проведением неоадьювантной терапии: у 60% больных, получавших неоадьювантное лечение, белок *YB-1* определяли в ядре опухолевых клеток, в то время как у остальных пациенток ядерную локализацию наблюдали только в 20% случаев ( $p=0.009$ ). Обнаружено, что при ядерной локализации *YB-1* наблюдается тенденция ( $p=0,02$ ) к более короткому безрецидивному периоду – 15 месяцев по сравнению с теми пациентками, у которых *YB-1* обнаруживали в цитоплазме 25 месяцев.

**Выводы:** Повышенное количество мРНК *YB-1* и ядерная локализация этого белка в опухолях больных РМЖ могут служить независимыми факторами прогноза заболевания. Из 64 пациенток с высоким содержанием мРНК *YB-1* в 33% случаев выявлены метастазы после завершения лечения, в то время как у остальных 33 больных прогрессирование заболевания выявлено в 4 случаях. Высокое содержание мРНК *YB-1* в тканях малых опухолей (T1-T2) также является неблагоприятным прогностическим признаком – пациентки с высоким и низким содержанием *YB-1* в опухолях малых размеров различались по частоте возникновения метастазов – 20% и 13% случаев, соответственно. Ядерная локализация *YB-1* в опухоли может быть связана с проведением неоадьювантной терапии – у пациенток, получавших этот вид лечения, в 60% случаев выявлена ядерная локализация этого белка. Более короткое время до прогрессирования – в среднем, 15 месяцев, отмечено у пациенток с ядерной локализацией белка, в отличие от 25 месяцев у больных с цитоплазматической локализацией *YB-1*.

## УЛУЧШЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОМОЩЬЮ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ СИСТЕМНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

*В.Ф.Семиглазов, В.В. Семиглазов, Е.А.Шамина, В.Г. Иванов, В.В.Коларькова*  
*Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. академика И.П. Павлова,*  
*г. Санкт-Петербург*  
*А.А.Моисеенко, А.Г.Васильев, Р.М.Палтуев, Г.А.Дашиян, А.А.Божок*  
*ФГУ НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова Росмедтехнологий*

Можно считать доказанным, что неоадьювантная (предоперационная) химиотерапия не превосходит по эффективности адьювантную химиотерапию, если судить по показателям 5-ти и 10-летней выживаемости. Однако в некоторых клинических ситуациях неоадьювантная системная терапия является предпочтительным или, даже, единственным видом первичного лечения. Это относится, прежде всего, к местно-распространенным РМЖ, при которых до недавнего времени проводилось одно лучевое лечение, т.е. сугубо локальное воздействие при несомненно скрыто диссеминированном заболевании.

Другой позитивной стороной неоадьювантной терапии является возможность выполнения органосохраняющих операций при достижении выраженного клинического регресса опухоли. К тому же частичный или полный ответ на неоадьювантное лечение можно рассматривать как благоприятный предсказующий признак для планирования такого же послеоперационного (адьювантного) лечения.

До самого последнего времени, а в некоторых центрах – и до сих пор, единственным видом неоадьювантного лечения является цитотоксическая химиотерапия. Вместе с тем, все более определенное представление о патогенетической гетерогенности РМЖ свидетельствует о том, что выбор системного (в том числе неоадьювантного) лечения должен соответствовать конкретному биологическому подтипу заболевания.

**Прогресс молекулярной онкогенетики подтвердил уже сложившееся клиническое представление о патогенетической неоднородности РМЖ, а в последнее время охарактеризовал основные генетические подтипы заболевания: Люминальный А и В, Her2neu-экспрессирующий, Базально-подобный, Нормально-подобный и Неклассифицируемый.**

Технология генного иерархического анализа пока остается чрезвычайно дорогой и сложной даже для крупных специализированных лабораторий. Однако применение альтернативных иммуно-гистохимических методик позволяет с большой степенью достоверности выделить основные патогенетические подтипы РМЖ, базируясь на определении экспрессии рецепторов эстрогенов (РЭ), прогестерона (РП) и HER2. Такой упрощенный подход позволяет классифицировать случаи РМЖ на четыре основных подтипа: 1. Люминальный А (РЭ+, РП+, HER2-), 2. Люминальный В (РЭ+ и/или РП+, HER2+), 3. Базально-подобный (РЭ-, РП-, HER2-), 4. HER2/neu-высокоэкспрессирующий (РЭ-, РП-, HER2+).

Естественно, еще до этого нововведения клиницисты, планируя лечение, учитывали не только степень распространения опухоли по системе TNM, но и гормонозависимость заболевания по экспрессии РЭ и РП, агрессивность опухоли по экспрессии HER2. Более определенная молекулярно-генетическая классификация РМЖ позволила уточнить истинные генетические и фенотипические особенности опухолей, причины их разного клинического течения, ответа на лечение и разного исхода заболевания в рамках одной стадии опухоли.

Поэтому общее планирование лечения и выбор вида неоадьювантной терапии все в большей мере определяется учетом и патогенетической принадлежности РМЖ. В неоадьювантную системную терапию начали включать не только цитостатическую химиотерапию, но и эндокринотерапию и так называемую таргетную терапию. Хотя число таких исследований все еще невелико.

НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова располагает 25-летним опытом проведения клинических испытаний неоадьювантной химиотерапии, 10-летним опытом исследования неоадьювантной эндокринотерапии и 8-летним опытом изучения неоадьювантной «таргетной» (анти-HER2) терапии.

С 2000 по 2004 г. было проведено первое в мире прямое сравнение эффективности неоадьювантной эндокринотерапии (ингибиторами ароматазы и химиотерапии (доксорубин + паклитаксел) у постменопаузальных женщин с РЭ+ РМЖ, включавшего 239 больных. Результаты исследования опубликованы в журнале Cancer, 2007, vol. 100, p. 244-54 (Semiglazov et al.).

В исследовании не было выявлено достоверных отличий частоты объективного ответа опухоли на эндокринотерапию в сравнении с химиотерапией (65,5% против 63,3;  $p>0.5$ ). У больных с высокой экспрессией рецепторов эстрогенов ( $>6$ Allred) отмечена тенденция более частого выполнения органосохраняющих операций после неоадьювантной эндокринотерапии (43% против 24%;  $p=0.054$ ). При 5-летнем сроке наблюдения не выявлено достоверных отличий показателей безрецидивной выживаемости больных, получавших эндокринотерапию или химиотерапию (71% и 67,7%,  $p=0,83$ ). Как и ожидалось, частота побочных токсических «событий» оказалась намного выше у получавших химиотерапию (у 6%-фебрильная нейтропения, у 30% – периферическая нейропатия – 2). Был сделан вывод о том, что у пожилых постменопаузальных женщин с сопутствующей патологией и наличием гормонозависимых опухолей (РЭ+ и/или РП+) предоперационная эндокринотерапия ингибиторами ароматазы предпочтительнее цитотоксической химиотерапии, обеспечивая

у 1/3 больных возможность выполнения органосохраняющего лечения. Основываясь на нашем исследовании, Панель экспертов на 11-й конференции по РМЖ в Сан-Галлене (Швейцария, 2009) приняла большинством голосов (90% против 7%) в качестве мирового стандарта проведение неoadъювантной эндокринотерапии у постменопаузальных женщин с высоко эндокриночувствительным РМЖ (Семиглазов В.Ф. с соавт., 2009, Semiglazov V.F., 2009. BREAST.2009 Vol.63;p. 177). ПЛАНИРОВАНИЕ неoadъювантного системного лечения при HER2-сверхэкспрессирующем РМЖ представляет немалые трудности. Амплификация или сверхэкспрессия 2-го рецептора эпидермального фактора роста (известного также как HER-2/neu) наблюдается приблизительно у 22% больных ранним РМЖ, 35% больных местно-распространенным и метастатическим раком и у 40% больных воспалительными формами РМЖ, и ассоциируется с агрессивным течением заболевания и плохим прогнозом. Разработка анти-HER2 препаратов в значительной степени улучшила выбор лечения HER2+ РМЖ. Трастузумаб (Герцептин®) представляет собой рекомбинантное гуманизированное моноклональное антитело против HER 2, применение которого способно изменить «естественное» течение заболевания в сторону замедления. Трастузумаб, добавленный к цитотоксической химиотерапии улучшает отдаленные результаты лечения как при операбельных формах РМЖ, так и при метастатическом РМЖ. В международном клиническом испытании с преимущественным участием НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова было проведено сравнение эффективности неoadъювантного применения трастузумаба в сочетании с химиотерапией, включавшей доксорубин, паклитаксел, циклофосфамид, метотрексат, 5-фторурацил, 10 циклов (n=117), с такой же химиотерапией, но без трастузумаба (n=118) у больных с HER2+ местно-распространенным или воспалительным РМЖ. Дополнение трастузумаба к неoadъювантной химиотерапии увеличило число объективных клинических ответов (CR+PR) с 74% до 87% (p=0.009), частоту полных патоморфологических регрессов первичной опухоли (с 23% до 43%, p=0.0007), частоту полных регрессов (pCR) как первичной опухоли, так и регионарных метастазов с 19% до 38% (p=0.001). У 83.4% больных местно-распространенной и воспалительной HER2+ формами РМЖ после неoadъювантной терапии (трастузумаб+химиотерапия) оказалось возможным выполнение хирургического этапа лечения (в основном, операции типа Пейти-Дайсону). Дополнение трастузумаба к химиотерапии увеличило частоту выполнения органосохраняющих операций (23% против 12,5%, p=0.008), а у больных с достигнутым объективным ответом на лечение – с 10,8% до 24,7% (p=0.02). И самое важное, применение анти-HER2 терапии дополнительно к неoadъювантной химиотерапии у больных с HER2+ местно-распространенным и воспалительным РМЖ улучшило показатели 3-летней безрецидивной выживаемости (71 % против 56%, p=0.013). Базально-подобный РМЖ рассматривается сейчас как один из подтипов более обширной группы трижды негативного РМЖ (РЭ-, ПР-, HER2-). Трижды негативный рак является рано и часто рецидивирующим заболеванием, нередко с отягченным прогнозом. При местно-распространенном трижды негативном РМЖ (ТН РМЖ) применение неoadъювантной или первичной химиотерапии является стандартом лечения. Ретроспективный анализ показывает, что в тех случаях, когда с помощью химиотерапии удается достичь полный патоморфологический регресс опухоли (pCR), дальнейшее течение и прогноз заболевания оказываются вполне благоприятными. В остальных случаях, даже при наличии клинически частичного (т.е. неполного) регресса опухоли, заболевание быстро прогрессирует. Резистентность к ДНК – повреждающим цитотоксическим объектам, особенно у больных с мутацией BRCA 1 гена, связывается с активностью PARP (poly-ADP-ribose-polymerase). Несколько клинических испытаний ингибиторов PARP (Olaparib.BSI-201) в монотерапии или в комбинации с препаратами платины при трижды негативных метастатических формах РМЖ показали обнадеживающие результаты. Важное испытание 2 фазы ингибитора PARP 1 – препарата BSI-201, применявшегося в комбинации с карбоплатином и гемзаром (или таксолом) при трижды-негативном метастатическом РМЖ показало достоверное улучшение беспрогрессивной и общей выживаемости (Perez E., 2009). Основываясь на представленных данных запланировано многоцентровое клиническое испытание неoadъювантной (первичной) терапии местно-распространенных ТН РМЖ, основанной на использовании ингибитора PARP 1-BSI-201 в комбинации с цитотоксическими препаратами (антрациклины, таксаны, соли платины). Именно в условиях проведения неoadъювантной системной терапии ТН РМЖ, отличающегося неблагоприятной молекулярной характеристикой, можно получить быструю информацию о наиболее перспективных (эффективных) методах лечения этих опухолей.

## **ПОДКОЖНАЯ МАСТЭКТОМИЯ С СОХРАНЕНИЕМ СОСКОВО-АРЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА. ГДЕ МЫ СЕЙЧАС НАХОДИМСЯ?**

*Волченко А.А., Пак Д.Д.*

*ФГУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена  
(дир.-акад. РАМН В.И. Чиссов) Росмедтехнологий*

Современная стратегия хирургического лечения рака молочной железы (РМЖ) направлена на решение двух задач: надежности излечения от рака и созданию благоприятных условий для реконструкции молочной железы. Радикальная мастэктомия относительно успешно решает лечебную задачу, вместе с тем восстановление молочной железы весьма затруднительно, так как приходится восстанавливать не только весь объем ткани молочной железы, но и формировать сосково-ареолярный комплекс (САК) и субмаммарную складку.

Подкожная мастэктомия решает обе задачи: сохраняя высокий уровень радикализма оперативного вмешательства, существенно облегчает первичную реконструкцию молочной железы, позволяет достигнуть лучшего эстетического результата. Следует признать, что удаление САК значительно ухудшает эстетический результат реконструкции молочной железы, что заставляет онкологов предпринимать попытки к его сохранению, так как до сих пор нет надежных методик имитации соска и ареолы. Со временем размеры искусственно созданного соска уменьшаются, либо он исчезает, транспортированная или тагуированная ареола часто депигментируется. По данным литературы, лишь 16% больных остаются довольны полученным результатом реконструкции САК.

Проведенные исследования продемонстрировали онкологическую безопасность подкожной мастэктомии с сохранением САК при тщательном отборе пациентов к данному типу оперативного вмешательства.

Одним из наиболее грозных осложнений подкожной мастэктомии с сохранением САК является некроз соска и/или ареолы, что ведет за собой потерю установленного импланта. Процент данного вида осложнений колеблется от 2 до 20%, более часто наблюдается в группе больных при проведении лучевой терапии.

Исходя из вышеизложенного, можно предположить, что подкожная мастэктомия с сохранением САК или без него с одномоментной реконструкцией молочной железы наиболее удовлетворяет как принципам онкологической безопасности, так и создает благоприятные условия для различных вариантов реконструкции молочной железы и облегчает ее.

Однако требуются дополнительные многоцентровые исследования с длительным сроком наблюдения за данной группой больных.

## **ОРГАНСОХРАНЯЮЩИИ ОПЕРАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНО-ОПЕРАБЕЛЬНЫМ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*В.А. Хайленко, Д.В. Комов, Ткачев С.И., Трофимова О.В., Д.В.Хайленко*

*РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, г. Москва*

*Кафедра онкологии ФУВ РГМУ, г. Москва*

Органосохраняющие операции (лампэктомия, квадрантэктомия, радикальная резекция) у больных раком молочной железы, дополненное лучевой терапией, является альтернативой модифицированной радикальной мастэктомии при соблюдении морфологических критериев радикализма.

За последние 20 лет в РОНЦ им. Н.Н.Блохина на 1 этапе лечения больных раком молочной железы I–II стадиями выполняется до 40% органосохраняющих операций с последующей лучевой терапией (Колядина И.В., 2009).

Основными требованиями к органосохраняющим операциям (ОСО) при различных локализациях первичной опухоли являются: 1) возможность выполнения радикальной операции с надежным локо-регионарным контролем рецидива заболевания; 2) хороший косметический эффект. При невозможности соблюдения указанных условий и противопоказаниях к проведению послеоперационной лучевой терапии – выполняется модифицированная радикальная мастэктомия без или с одномоментной реконструкцией молочной железы.

Несоблюдение правил выполнения ОСО (отсутствие опухолевых клеток по краю резекции, достаточный отступ от края опухоли) приводит к повышению частоты локальных рецидивов до 20%. По данным РОНЦ РАМН частота

локальных рецидивов после ОСО с послеоперационной лучевой терапией составляет 3,3%; без лучевой терапии – 7,4% (Колядина И.В., 2009).

Поскольку, вероятность развития рецидива намного выше в зоне резекции, чем в другом квадранте молочной железы, для определения адекватного объема локального облучения интраоперационно проводится клипирование ложа удаленной опухоли 3-мя рентгеноконтрастными клипсами.

Тщательный отбор больных, методически правильно сделанная операция с контролем частоты краев линии резекции и клипированием ложа опухоли, с последующей лучевой терапией обеспечивает адекватный объем местного лечения первично-операбельного рака молочной железы. Адьювантная специальная системная терапия проводится в соответствии с международными рекомендациями.

## **ПОДКОЖНАЯ МАСТЭКТОМИЯ ПРИ ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Д. Д. Пак, Е. А. Трошенков, Е. А. Рассказова  
МНИОИ Герцена, г. Москва*

В последние два десятилетия интенсивно разрабатываются первичные реконструктивно-пластические операции у больных раком молочной железы (РМЖ). Отдаленные результаты лечения после радикальной подкожной мастэктомии с одномоментной маммопластикой не отличаются от традиционных методов хирургического лечения. В настоящее время намечается тенденция использования синтетических материалов в реконструкции молочной железы.

Нами разработан способ первичной пластики молочной железы с использованием сетчатого имплантата, большой грудной мышцы, силиконового эндопротеза после радикальной подкожной мастэктомии по поводу рака.

В отделении общей онкологии МНИОИ им П.А. Герцена у 12 больных раком молочной железы I–IIВ ст. выполнена первичная реконструктивная операция с использованием большой грудной мышцы, сетчатого имплантата и силиконового эндопротеза после радикальной подкожной мастэктомии по поводу рака.

Сетчатый имплантат использовали для увеличения пространства между грудными мышцами для имплантирования эндопротеза по объему более 200 см<sup>3</sup>, а также для создания искусственного протока молочной железы.

Полученные нами данные показали отсутствие послеоперационных осложнений.

У всех пациенток получен хороший и отличный косметический эффект. Срок наблюдения составил 12 месяцев.

При сравнении с классической методикой реконструкции молочной железы фрагментом широчайшей мышцы спины и эндопротезом: длительность операции сократилась на 40-50 минут; снижена травматичность за счет сохранения целостности широчайшей мышцы спины.

Достигнута минимальная кровопотеря за счет уменьшения площади отсепарованных тканей. Непосредственные косметические результаты не уступают при аналогичных операциях. Полученные результаты позволяют продолжать дальнейшее внедрение операции в практику.

Подкожная мастэктомия, сетчатые имплантаты, маммопластика.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Е.А. Расказова, Д.Д. Пак*  
**ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва**

**Задача исследования:** изучить особенности рецидивов при выполнении органосохраняющих операций у больных раком молочной железы (РМЖ).

**Материал и методы.** В 4 хирургическом отделении МНИОИ им.П.А.Герцена с 2000 по 2005 г выполнено 392 радикальных резекций с/без пластики молочной железы. Общее число больных 389, у 3 пациенток синхронный рак молочных желез, во всех 3 случаях была выполнена двухсторонняя радикальная резекция

Восстановление молочной железы выполняли в случае выраженной асимметрии молочных желез. У 224 пациенток для восстановления использовали аутокани (большая грудная мышца, фрагмент широчайшей мышцы спины) или комбинированную пластику (широчайшая мышца спины с силиконовым эндопротезом).

Распределение пациенток по стадиям: 0 ст – 4 (1%), I стадии – 160 (40,8%), IIА – 138 (35,2%), IIБ – 42 (10,7%), IIIА – 45 (11,5%), IIIВ – 1 (0,3%), IIIС – 2 (0,5%).

Лучевая терапия проведена в 270 (68,9%) случаях, в 122 (31,1%) не проводилась.

При этом лучевая терапия не проводилась при 0 стадии у 4(100%) пациенток, при I стадии – у 93 (58,1%), при IIА – у 24 (17,4%), при IIБ стадии – у 1 (2,3%) пациентки

**Результаты:** Мы проанализировали возникновение рецидивов в оставшейся части молочной железы у 389 больных. Рецидивы диагностированы в 16 (4,1%) случаях. Сроки появления составили от 1,5 до 9 лет. В 1 случае в оставшейся части молочной железы в области сосково-ареолярного комплекса выявлен рак Педжета, и в 1 случае в дальнейшем возникла карциносаркома. Одномоментное появление рецидива и отдаленных метастазов диагностировано в 5 случаях. За 5 летний срок наблюдения диагностировано 8 (2,1%) рецидивов.

Гистологическое исследование первичной опухоли с последующим возникновением рецидива рака выявило следующую закономерность: инвазивный протоковый рак (ИПР) II ст.зл в 7 случаях, ИПР III ст.зл. – 5, комбинированный рак – 2, инвазивный дольковый рак – 1, Педжет – 1, без гистологического определения (IV ст.лечебного патоморфоза) – 1 случай. В 3 случаях неблагоприятными морфологическими признаками диагностировано раковые эмболы в сосудах вблизи опухолевого узла, рост инвазивного рака, с-г in situ.

В последующем лечение рецидивов было следующим: удаление оставшейся части молочной железы у 11 пациенток из них у 4 дополненные интраоперационной ФДТ, в 4 случаях подкожное удаление молочной железы с первичной реконструкцией, что связано с возможностью данного вмешательства и настойчивой просьбой пациенток, в 1 случае оперативное пособие не выполнялось из-за множественных отдаленных метастазов, проведены курсы ПХТ.

В 3 случаях рецидивы возникли у женщин молодого возраста (до 40 лет), в 13 после 40 лет. При этом женщин до 40 лет – 32, после 40 лет – 357 больных. Т.е. у женщин молодого возраста риск возникновения рецидива высок и составил 9,4 %, у женщин более старшего возраста – 3,6%, разница статистически достоверна.

### **Выводы:**

1. За 5 лет наблюдений за больными раком молочной железы, перенесшими органосохраняющее лечение, рецидивы развились у 8 (2,1%).
2. На частоту появления рецидивов влияет стадия РМЖ, молодой возраст пациенток, гистогенез опухоли. При сочетании неблагоприятных прогностических факторов следует прибегать к реоперации на молочной железе.
3. Послеоперационное облучение оставшейся части молочной железы не оказало достоверного влияния на частоту рецидива, но время возникновения рецидива увеличилось на 3-4 года.
4. Поскольку исследование не было рандомизированным, мы можем делать только предварительные выводы



## ПЕРВИЧНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Д.Д. Пак, Е.А. Рассказова*  
*МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва*

В МНИОИ им.П.А.Герцена последние два десятилетия разрабатываются варианты органосохраняющих операций и подкожных мастэктомий с первичной реконструкцией у больных раком молочной железы (РМЖ) в комбинации с лучевой и химио-гормональной терапией.

Органосохраняющие операции подразумевают выполнение радикальной и субтотальной радикальной резекции. Реконструкцию выполняют фрагментом широчайшей мышцы спины, большой грудной мышцей, TRAM-лоскутом, а также комбинированную пластику (мышечный аутотрансплантат + эндопротез). Подкожная мастэктомия подразумевает сохранение кожи молочной железы, сосково-ареолярного комплекса, субмаммарной складки и удаление всей ткани железы, при этом толщина нерезецированной клетчатки соответствует толщине подкожно-жирового слоя (0,5-1,0 см), оставляемого при стандартной радикальной мастэктомии.

В отделении общей онкологии выполнены 1029 операции с первичной реконструкцией, из которых после радикальной резекции у 267, после субтотальной резекции у 254, после подкожной мастэктомии у 508 больных.

Для реконструкции использовали в 137 случаях большую грудную мышцу, в 359 широчайшую мышцу спины, в 16 их комбинации, TRAM-лоскут в 9 случаях, широчайшую мышцу спины + протез у 508 пациентов.

Общая и безрецидивная пятилетняя выживаемость при I-IIА стадиях после радикальных резекций с пластикой составили 96,9% (95,4%) и 94,4% (87%), при IIБ-IIIА стадиях – 87,5% (79,2%) и 79,2% (66,7%).

Общая и безрецидивная пятилетняя выживаемость при I-IIА стадиях после субтотальных радикальных резекций с пластикой составили 87,5% (68,8%) и 90,9% (87,3%), при IIБ-IIIА стадиях – 86,1% (75%) и 82,1% (60,7%).

Общая и безрецидивная трехлетняя выживаемость при I-IIА стадиях после радикальных подкожных мастэктомий с пластикой составили 96,4% (89,3%) и 91,2% (85,9%), при IIБ-IIIА стадиях – 84,4% (75%) и 94,3% (85,7%).

Наименьший процент рецидива 2,7% выявлен после подкожных мастэктомий, после радикальных резекций 3,1%, после субтотальной резекции в 5,6% случаев.

В 80% отмечены отличные и хорошие косметические результаты. Т.е. реконструктивные операции являются только методом реабилитации больных, не влияют на онкологические результаты в комбинированном плане лечения, не препятствуют выявлению рецидива в сформированной молочной железе и могут быть рекомендованы только больным с соответствующими критериями отбора для органосохраняющих операций и подкожных мастэктомий.

## РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Мавроди Т.В.*  
*Центр женского здоровья клиника «МАММЭ», г. Краснодар*

В настоящее время операции по восстановлению молочной железы при раке с учетом доказанной онкологической безопасности завоевывают все большую популярность среди специалистов и женского населения.

Реконструктивно-пластические операции при злокачественных и доброкачественных опухолях молочной железы в центре женского здоровья клиника «МАММЭ» (г.Краснодар) выполняются с июня 2009 г.

До настоящего времени за указанный период в отделении реконструктивно-пластической хирургии прооперировано 40 пациенток с онкологической патологией. Все пациентки на дооперационном этапе проходили стандартное обследование для уточнения распространенности процесса с последующим предоставлением информации на ВК. На комиссии с учетом результатов дообследования, факторов риска, планируемого лечения, конституциональных особенностей, сопутствующей патологии и пожеланий пациентки выбирался адекватный метод восстановления молочной железы.

По стадиям распределение было следующим: 1 стадия – 10 человек, 2А стадия – 16 человек, 2Б ст – 8 человек, 3А ст – 5 человек, 3Б стадия – 1 человек. У двух пациенток был диагностирован синхронный рак обеих молочных желез. Шести пациенткам было проведено по 3 курса неoadьювантой ПХТ с положительной динамикой.

Одномоментная TRAM – реконструкция была выполнена у 6 больных (1 – с наложением венозного микрохирургического анастомоза, 1 – с биопсией парастеральных лимфоузлов). Возраст в этой группе составил от 43 до 64 лет. Показаниями к такому виду реконструкции были соответствующая конституция и желание пациентки использовать собственные ткани.

Одномоментная ТДЛ-реконструкция с восполнением объема молочной железы только лоскутом была выполнена у 1 пациентки, отсроченная ТДЛ реконструкция с восполнением объема имплантом – у 5 пациенток, при этом во

второй группе у 3 женщин выполнялась контрлатеральная аугментация молочной железы и реконструкция соска и ареолы. Возраст больных колебался от 30 до 59 лет. Показанием к выбору этого метода были дефицит тканей передней грудной клетки и желание пациентки пройти через одномоментную процедуру.

У 4 пациенток выполнялась 2-х этапная отсроченная реконструкция (экспандер с заменой на имплант). Возраст составил от 36 до 50 лет. Для достижения симметрии у 1 пациентки была выполнена мастопексия, у 3 – аугментация контрлатеральной молочной железы и реконструкция САК.

Самая большая группа – 24 пациентки – реконструкция методом одномоментной подкожной/кожесберегающей мастэктомии с установкой импланта (17 пациенток) и импланта-экспандера Becker (7 пациенток). Возраст в этой группе колебался от 32 до 62 лет. Конституция и объем молочной железы не имел принципиального значения. Большие молочные железы восстанавливались с использованием принципов редукционной маммопластики и имплантов большого объема (500-550 cc). У 7 пациенток в этой группе вмешательства носили двусторонний характер: у 2-х был выявлен синхронный рак обеих молочных желез, у 2-х выполнялась профилактическая контрлатеральная подкожная мастэктомия в связи с дольковым раком, у 2-х – в связи с распространенным рецидивирующим поликистозом; у 1 пациентки потребовалась контрлатеральная аугментация.

Все пациентки проходили и проходят комплексное лечение в соответствие с распространенностью опухолевого процесса. Средние сроки начала курсов химиотерапии – 3-я неделя после операции.

Накопленный нами опыт позволяет сделать вывод, что реконструктивно-пластические операции при заболеваниях молочной железы могут успешно выполнять в условиях частной клиники. Практически для каждой пациентки с учетом онкологических аспектов заболевания можно найти адекватный метод восстановления молочной железы. Преимущество для достижения оптимального эстетического результата остается на стороне одномоментных операций. При правильно выбранной тактике комплексного лечения они способствуют быстрой реабилитации пациенток с онкологическим диагнозом. Необходимым залогом успеха является современное оснащение клиники и наличие квалифицированного медицинского персонала.

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ БОЛЕЗНЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Петровский Д.А., Васильев А.А., Евсеева Е.В.*

*ГУЗ Ярославская областная клиническая онкологическая больница, г. Ярославль*

**Цель исследования:** Оценить функциональность и эстетичность отдаленных результатов хирургического лечения опухолей молочных желез с использованием методов реконструктивно-пластической хирургии.

**Материалы и методы:** Материалом настоящего исследования послужили клинические наблюдения за 411 пациентками с опухолями молочных желез. Все пациентки находились на лечении с 1998 по 2007 год включительно в городском онкологическом отделении МУЗ МСЧ ОАО ЯШЗ, Ярославском областном онкологическом диспансере, и МЦ «Орхидея». Пациенткам выполнялись различные операции: подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией лоскутом ШМС и эндопротезом, и маммопластикой контрлатеральной молочной железы; радикальная резекция с одномоментной редукционной маммопластикой обеих молочных желез; подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией TRAM-флар или лоскутом ШМС + эндопротез; секторальная резекция с одномоментной редукционной или аугментационной маммопластикой обеих молочных желез; подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией лоскутом из зубчатых и большой грудной мышц и эндопротезом, с одномоментной маммопластикой контрлатеральной молочной железы; мастэктомия или резекция рецидива с удалением мягких тканей грудной стенки с закрытием дефекта лоскутом TRAM; мастэктомия или резекция рецидива с удалением мягких тканей грудной стенки с закрытием дефекта лоскутом ШМС или пекторальным лоскутом.

В ближайшие и отдаленные сроки от операции нами выявлены следующие послеоперационные осложнения:

Ранние послеоперационные осложнения – полный некроз тканевого лоскута – 3; частичный некроз тканевого лоскута 5; протрузия импланта 3.

Поздние послеоперационные осложнения в срок более 1 года после операции – протрузия импланта – 1; капсулярная контрактура 3-4 по Беккер – 7; жировой некроз тканевого лоскута – 21; асимметрия молочных желез 39; гипер или гипотрофические послеоперационные рубцы 34.

**Выводы:** Выполнение реконструктивно-пластических операций при опухолях молочной железы улучшают функциональные и эстетические результаты хирургического лечения, значительно улучшают качество жизни пациенток в послеоперационном периоде, но, особенно в отдаленные сроки от операции, развиваются непрогнозируемые осложнения ухудшающие функциональные и эстетические результаты операций с реконструктивно-пластическим компонентом.

## ОТСРОЧЕННОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КАК ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

Гусейнов А.З., Истомин Д.А.

Кафедра хирургических болезней №1 с курсом онкологии медицинского института  
Тульского государственного университета, г. Тула

Потеря молочной железы является серьезной психологической травмой для женщин, перенесших радикальную мастэктомию и восстановление молочной железы, представляет весьма актуальную задачу.

В настоящее время для решения данной проблемы существует ряд способов: экзо- и эндопротезирования, аутопластика молочных желез.

В последние годы эндопротезирование молочных желез после мастэктомии является популярным и эффективным способом, который может выполняться в трёх вариантах:

1. Эндопротезирование одной или двух молочных железах при небольшом размере оставшейся молочной железы силиконовыми протезами небольшого размера.
2. Постановка экспандера с последующей заменой его на постоянный силиконовый протез.
3. Постановка двухкамерного протеза-экспандера.

Однако в литературе мало работ по определению оптимальных сроков проведения эндопротезирования молочной железы, а при первичной пластике недостаточно исследовано влияние химио- и лучевой терапии на реабилитацию пациентов и состояние импланта и окружающих тканей.

Целью нашей работы явились выработка показаний и противопоказаний к вариантам эндопротезирования молочной железы и срокам его выполнения.

Материалом для исследования послужили результаты 11 операций эндопротезирования (эндопротез фирмы США) молочных желез, проведенных на базе кафедры хирургических болезней с 2007 по 2009 гг.

Возраст больных варьировал от 29 до 55 лет (в среднем 40,4±3,4).

Больным проведена операция – радикальная мастэктомия по Маддену: 9 (81,1%) пациенток в течении 6 месяцев получали адъювантную химиотерапию, а 4 (36,4%) – дополнительную лучевую терапию.

Перед пластикой молочных желез всем больным проводилось рентгеномаммографическое и ультразвуковое исследование молочных желез, лабораторное исследование крови для исключения рецидива или прогрессирования опухолевого прогресса.

Показание к первичной реконструкции молочной железы считали небольшие размеры опухоли (T1-2), отсутствие клинических признаков поражения регионарных лимфоузлов(0).

Прослежены результаты пластики молочных желез. Для корректировки и сравнимости размеров молочных желез 6 (54,5%) пациенткам дополнительно вводили в эндопротез 0,9% раствора хлористого натрия от 100 до 250,0 мл через 2-3,5 мес. В сроки от 3 месяцев до 3 лет пациентки оценивали косметический результат хорошо: в среднем на 4,5 по 5-балльной системе.

К сожалению, возможность первичной пластики резко ограничивается отсутствием данных поражения регионарных лимфоузлов. Окончательный диагноз, уточненный после гистологического исследования, может серьезно изменить тактику и программу лечения, особенно если показано проведение лучевой терапии.

Лучевая терапия при наличии эндопротеза или аутопластики с высокой вероятностью приводит к развитию соединительной ткани, капсульной контрактуры, трофическим расстройствам и экстррузии импланта или нарушению питания лоскута.

Помимо этого, одномоментная мастэктомия и реконструкция осложняет течение послеоперационного периода и увеличивает риск развития осложнений.

Поэтому, на наш взгляд, несмотря на всю привлекательность для пациенток, первичная реконструкция должна применяться только в исключительных случаях.

Отсроченная реконструкция проводится после завершения специального лечения, что обычно соответствует 6 месяцам после мастэктомии. Возможность проведения отсроченной реконструкции не зависит от лучевой терапии, размеров опухоли и поражения регионарных лимфоузлов, что позволяет выполнять её практически всем пациенткам. Методика реконструкции и ее этапы обсуждаются с пациенткой и принимается решение о способе восстановления молочной железы.

В тактическом плане женщинам с малым размером молочной железы, хорошей растяжимости тканей, возможно сразу установить постоянный силиконовый эндопротез при необходимости с одномоментным увеличением здоровой груди для оптимального косметического эффекта.

При средних размерах молочной железы используется экспандер с последующей заменой на постоянный имплант или сразу протез-экспандер. При больших размерах установка экспандера сочетается с реконструкцией молочной железы.

Таким образом, отсроченная реконструкция молочной железы является наиболее оптимальным методом восстановления молочной железы с точки зрения онкологии, что позволяет в полном объеме использовать химио-лучевую терапию.

## **СПОСОБ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИКРИЛОВОЙ СЕТКИ-КОНТЕЙНЕРА**

***Сарибекян Э.К., Трошенков Е.А., Маргоева А.С.  
ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Росздрава, г. Москва***

Эндопротезирование применяют для увеличения молочных желез из эстетических соображений или реконструкции железы после резекции или радикальной мастэктомии, выполняемых по поводу рака. Одним из главных этапов вышеуказанных операций является формирование ложа – «кармана», куда помещают эндопротез. Стенками «кармана» могут являться фасция большой грудной мышцы, прилежащие сохраненные ткани молочной железы, включая кожно-подкожный слой, фрагменты перемещенной широчайшей мышцы спины. При дефиците тканей для формирования стенок и недостаточной прочности стенок «кармана», особенно при больших объемах эндопротеза, имеется высокая вероятность пролабирования протезом стенок «кармана», пролежней кожи, смещения протеза. Для укрепления стенок известны способы частичной фиксации полипропиленовой или викриловой сеткой отдельных фрагментов кармана.

Мы предложили оригинальный вариант применения викриловой сетки в виде контейнера-мешочка для эндопротеза. Приводим пример выполнения операции. Больная Ж., 34 лет, Диагноз: рак левой МЖ ПА стадия T2N0M0. Сопутствующая патология: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ремиссия). Хронический гастродуоденит. Состояние после РЧА проводящей системы сердца в 1999г. Предсердная экстрасистолия.

При поступлении в МНИОИ: опухоль размером 2х2,5см располагается на границе верхних квадрантов. 15.04.09 произведена операция в объеме – субтотальная подкожная резекция левой МЖ с пластикой силиконовым эндопротезом (v-150 ml, Mentor) в контейнере из викриловой сетки. Под внутривенным наркозом (самостоятельное дыхание) произведены два небольших полуовальных разреза кожи от ареолы до подмышечной области, не заходя за переднюю подмышечную линию. Удалено около 85% ткани железы. Оставлены преимущественно подкожная клетчатка и ткань в субмаммарной складке. Выделены края грудных мышц, подключичная вена. Единым блоком удалена подключично-подмышечная и межмышечная клетчатка с лимфоузлами. Силиконовый круглый эндопротез фирмы Mentor объемом 150мл помещен в контейнер – викриловую периренальную сетку-мешок VM102 (применяемую при операциях на почках) фирмы Johnson & Johnson размером 18х10см, затянут петлей сверху и узловыми швами фиксирован к большой грудной мышце в проекции 2-го межреберья, симметрично контрлатеральной железе. Через ячейки сетки контейнер дополнительно фиксирован узловыми швами к окружающим тканям – подкожной клетчатке МЖ, грудной стенке. Рана ушита двумя рядами непрерывных швов – на подкожную клетчатку и кожу. Гистологически Р-82683-700 от 15.04.09: фрагмент ткани левой молочной железы 11х7х3см с кожным лоскутом 9х2,5см и регионарной клетчаткой. В толще ткани имеется узел 2х1.8х2.2см Микро: инфильтративный протоковый рак III ст злокачественности 9 баллов с выраженной лимфоидной инфильтрацией. В окружающей ткани молочной железы непролиферативная форма фиброзно-кистозной мастопатии. В 7 исследованных подмышечных л/у и подключичной клетчатке без опухолевого роста. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана дренирована силиконовой трубкой, подсоединенной к вакуум-груше. В первые дни после операции до 50мл лимфы за стуки. После удаления дренажной трубки на 6-е сутки лимфорей не отмечено. Получен отличный косметический результат. 2 этапом проведены 6 курсов химиотерапии по схеме FAC. 3 этапом – лучевая терапия на сформированную молочную железу. При контрольном обследовании спустя 1,5 года – патологии не выявлено.

Таким образом, заявляемый способ обладает определенными преимуществами по сравнению с известными и расширяет возможность применения сетчатых имплантов при реконструктивно-пластических операциях с эндопротезированием.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАРЦИНОМОЙ IN SITU МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Пак Д.Д., Усов Ф.Н.*

*Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена  
(дир. – акад. РАМН В.И. Чиссов)*

**Цель.** Оптимизация объёмов хирургического лечения больных. Изучены результаты лечения 569 пациенток.

**Материалы и методы.** Больные разделены на 3 группы. I группа – 63 пациентки с карциномой in situ (CIS) молочной железы, II группа – 220 больных с сочетанием инвазивного рака и CIS, III группа – 286 больных с инвазивным раком молочной железы. Основным методом лечения карциномы in situ молочной железы является хирургический. Не следует ограничивать объём операции секторальной резекцией из-за возможного мультифокального распространения протоковой карциномы in situ в пределах одного сегмента или мультицентричного роста опухоли при дольковой карциноме in situ (50%). Выполнение экономных органосохранных операций при ширине резекции менее 2 см от края опухолевого роста сопровождаются высоким риском развития местного рецидива (от 1 до 23 %). После секторальной резекции местный рецидив развился у 16,7%, после радикальной резекции – у 5% больных.

Частота регионарного метастазирования при карциноме in situ молочной железы в исследовании составила 6,5%, поэтому при выявлении данной формы рака (особенно угревидной формы) мы рекомендуем выполнять подмышечную лимфаденэктомию (D 1).

Отдаленные результаты лечения больных с сочетанием инвазивного рака и карциномы in situ молочной железы не отличаются от показателей выживаемости в группе больных инвазивным раком без сочетания с карциномой in situ. Общая пятилетняя выживаемость во II и III группе при I ст. – 96,3±2,6% и 94,9±3,5%, II А ст. – 91,2±3,4% и 91,7±3,9%, II В ст. – 86,4±5,2% и 83,9±6,6, III А ст. – 73,3±8,1% и 76,2±9,5%.

При выполнении радикальной резекции у больных инвазивным раком молочной железы в сочетании с карциномой in situ риск местного рецидива достоверно выше, чем в группе больных раком без сочетания с карциномой in situ (14,3±6,7% против 6,9±2,2%). При субтотальной резекции незначительные различия в частоте местного рецидивирования 5,9±5,8% против 4,3±1,9%. При выполнении подкожной мастэктомии в перечисленных группах местные рецидивы не обнаружены. При выполнении органосохранных операций предпочтительными остаются субтотальная радикальная резекция или подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией молочной железы, которые приводят практически к полному излечению. По результатам исследования у больных с карциномой in situ, которым выполнена субтотальная резекция или подкожная мастэктомия, местных рецидивов не было.

**Заключение.** Учитывая данные проведенного анализа, можно считать, что органосохранное лечение в объёме субтотальной резекции или подкожной мастэктомии с одномоментной реконструкцией являются адекватными и важными этапами социальной и психической реабилитации больных с неинвазивными формами рака молочной железы.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАМ-ЛОСКУТА В РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Е.А. Рассказова, Д.Д. Пак*

*МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва*

**Задача исследования:** Оценить показания к выбору ТРАМ-лоскута в реконструктивных операциях у больных раком молочной железы (РМЖ).

**Материал и методы:** Мы использовали нижеабдоминальный кожно-жировой лоскут на одной прямой мышце живота, в 14 случаях применяли комбинированную пластику (ТРАМ-лоскут + силиконовый тектурированный эндопротез).

**Результаты:** В отделении общей онкологии выполнено 76 операций с реконструкцией молочной железы ТРАМ-лоскутом с 2000 по 2010 г. Операции выполнены по поводу РМЖ I ст Т1N0M0 – 4 (5,3%), IIА (Т1N1M0, Т2N0M0) – 5 (6,6%), IIВ Т2N1M0 – 4 (5,3%), IIIА (Т1-3N1-2M0) – 5 (6,6%), IIIB Т46N1-2M0 – 21 (27,6%), IIIC Т3-4N3a-cM0 – 6 (7,9%), IVст Т46N2M1 – 1 (1,3%), по поводу рецидива РМЖ 11 (14,5%), послеоперационного свища – 2 (2,6%), вторичная пластика у 17 (22,3%) пациенток.

Объем хирургических вмешательств был разнообразен, наиболее часто выполняли расширенные радикальные мастэктомии – 26, вторичная пластика – у 17, подкожная мастэктомия – 12, радикальная мастэктомия по Маддену – 8, удаление оставшейся молочной железы после рецидива – 7, субтотальная радикальная резекция – 4, иссечение свищей – 2.

Вторичная маммопластика выполнена после радикальных мастэктомий по Маддену, в 3-х случаях с восстановлением сосково-ареолярного комплекса.

Частота ранних послеоперационных осложнений отмечена у 21 (27,6%) пациенток, которые включали краевой некроз кожи у 19 (25,0%), формирование свища в области рубца на коже живота у 1 (1,3%), смещение протеза в подмышечную область у 1 (1,3%) пациентки, впоследствии протез был удален.

Образование грыж передней брюшной стенки не выявлено. Для профилактики данного осложнения использовали проленовую сетку для укрепления апоневроза передней брюшной стенки.

После выполнения реконструктивных операций с использованием TRAM-лоскута косметический эффект оценен как отличный у 10 (20,8%), хороший у 38 (79,2%), удовлетворительный у 1 пациентки, у 24 больных косметический результат не оценивали, т.к. мы использовали TRAM-лоскут для закрытия дефекта раны передней грудной стенки.

**Выводы:** После расширенных радикальных мастэктомий, выполняемых при IIIB и IIIC стадий в комбинированном плане лечения РМЖ, для закрытия дефекта раны передней грудной стенки, целесообразно (испр.возможно) использование TRAM-лоскута. Для вторичной маммопластики.

## РАДИКАЛЬНЫЕ ПОДКОЖНЫЕ МАСТЭКТОМИИ С ПЕРВИЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Д.Д. Пак, Е.А. Рассказова*  
*МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва*

**Задача исследования:** Улучшение отдаленных результатов лечения и качества жизни больных раком молочной железы (РМЖ) после радикальных подкожных мастэктомий с одномоментной реконструкцией.

**Материалы и методы:** Радикальная подкожная мастэктомия подразумевает сохранение кожи молочной железы, сосково-ареолярного комплекса, субмаммарной складки и удаление всей ткани железы, при этом толщина нерезецированной клетчатки соответствует толщине подкожно-жирового слоя (0,5–1,0 см), оставляемого при стандартной радикальной мастэктомии, а также удаление подмышечных, подключичных и подлопаточных лимфатических узлов и клетчатки. Для одномоментной реконструкции используют фрагмент широчайшей мышцы спины, большую грудную мышцу, кожно-жировой лоскут на питающей ножке прямой мышцы живота, а также их комбинацию с эндопротезом.

**Результаты:** В отделении общей онкологии МНИОИ им. П.А. Герцена в период с 1997 по 2009 гг. 508 больным РМЖ выполнены радикальные подкожные мастэктомии с первичной реконструкцией. Распределение больных по стадии опухолевого процесса следующее: 0 (TisN0M0) – 15 (3,0%), I – 106 (21,0%), IIА – 193 (38,0%), IIВ – 93 (18,3%), IIIА – 71 (14,0%), IIIВ – 3 (0,6%), IIIС – 17 (3,3%) IV – 5 (0,9%), у 5 (0,5%) пациенток операция выполнена после рецидива РМЖ. IV стадия рака молочной железы была установлена из-за метастазов в костях и в 1 случае – метастаз в печень. Реконструкция молочной железы с использованием фрагмента широчайшей мышцы спины выполнена – у 71, комбинированная пластика (широчайшая мышца спины + эндопротез) – у 424, TRAM-лоскут – у 9, большая грудная мышца – у 4 больных.

Рецидивы рака выявлены у 21 (4,1%) больных. Наименьший процент рецидива диагностирован при I ст. 2,3%, а наибольший при IIIА ст. 6,4%.

Метастазы в отдаленных органах выявлены у 44 (8,7%) больных. Общая 3-летняя выживаемость независимо от стадии РМЖ составила  $93,1 \pm 0,2\%$ , безрецидивная выживаемость  $84,9 \pm 0,1\%$  больных. Результаты выживаемости при радикальной подкожной мастэктомии не отличаются от результатов, полученных при выполнении стандартной радикальной мастэктомии.

**Вывод:** Подкожная радикальная мастэктомия с одномоментной реконструкцией молочной железы при раке сочетает в себе принципы онкологического радикализма, а также позволяет снизить частоту рецидивов и улучшить качество жизни больных.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МУЛЬТИЦЕНТРИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Н.В. Аблицова, Д.Д. Пак*  
*МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва*

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения мультицентрического рака молочной железы.

**Материалы и методы.** В исследовании проведен ретроспективный анализ результатов лечения 200 больных с мультицентрическим раком молочной железы, получавших лечение в отделении общей онкологии МНИОИ им. П.А. Герцена с 1990 по 2003 год.

Возраст больных мультицентрическим раком молочной железы колебался от 27 до 82 лет, в среднем составил  $50,58 \pm 0,85$  лет. Распределение больных мультицентрическим раком в зависимости от стадии заболевания оказалось следующим: I стадия (T1N0M0) выявлена у 14 (7,0%), II А стадия (T1-2N0-1) – у 57 (28,5%), II Б стадия (T2-3N0-1M0) – у 44 (22,0%), III А стадия (T1-3N1-2M0) – у 71 (35,5%), III Б стадия (T4N0-2M0) – у 14 (7,0%) больных. Два опухолевых узла выявлено у 124 больных (62%), три – у 47 (23,5%), четыре – у 16 (8%) и более четырех узлов опухоли выявлено лишь у 7 (3,5%) больных. По размерам наибольшего из опухолевых узлов больные распределились следующим образом: опухоль до 2 см выявлена у 83 больных (41,5%), от 2 до 5 см – у 110 (55%), более 5 см – у 7 (3,5%) больных. В большинстве случаев (76,5%) опухоли располагались в одном квадранте молочной железы, в 21% случаев – в двух квадрантах и в 2,5% были поражены 3 и более квадранта молочной железы.

Среди гистологических форм преобладал инфильтративный протоковый рак – 59,1%. Инфильтративный дольковый рак выявлен в 18,2% случаях, редкие формы рака молочной железы – в 4,5% случаях.

Хирургическое лечение получили 8 (4,0%) больных, комбинированное – 73 (36,5%), комплексное – 119 (59,5%). Органосохраняющие и реконструктивно-пластические операции выполнены 96 больным (48%), из них: радикальная резекция – у 58 (29,0%) больных, субтотальная радикальная резекция с одномоментной пластикой – 23 (11,5%), подкожная мастэктомия с одномоментной пластикой – у 15 (7,5%). Радикальные мастэктомии выполнены 104 пациенткам (52,0%). Местные рецидивы возникли у 9 больных (5,6%), в среднем, через  $51,7 \pm 5,7$  месяцев, отдаленные метастазы – у 32 (20,0%), в среднем, через  $39,9 \pm 4,1$  месяцев.

Общая 3- и 5-летняя выживаемость составила  $95,6 \pm 1,6\%$  и  $85,2 \pm 2,8\%$ . Безрецидивная выживаемость на этих же сроках –  $83,3 \pm 2,9\%$  и  $76,0 \pm 3,4\%$ , соответственно.

5-летняя общая выживаемость в зависимости от объема оперативного вмешательства составила: после радикальных мастэктомий  $78,7 \pm 4,7\%$ , радикальной резекции –  $92,0 \pm 3,8\%$ , субтотальной радикальной резекции –  $84,2 \pm 8,4\%$ , подкожной мастэктомии –  $91,7 \pm 8,0\%$ . Безрецидивная выживаемость составила  $70,6 \pm 5,3\%$ ,  $80,0 \pm 5,6\%$ ,  $73,7 \pm 10,0\%$  и  $83,3 \pm 10,7\%$ , соответственно ( $p > 0,05$ ).

5-летняя выживаемость без местных рецидивов при радикальных мастэктомиях составила  $97,3 \pm 1,9\%$ , при радикальной резекции –  $94,0 \pm 3,4\%$ , при субтотальной радикальной резекции –  $89,4 \pm 7,0\%$  и при подкожной мастэктомии –  $91,7 \pm 8,0\%$ . Достоверных различий в общей, безрецидивной выживаемости, а также выживаемости без местного рецидива в зависимости от объема оперативного вмешательства получено не было ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Выполнение органосохраняющих и реконструктивно-пластических операций при мультицентрическом раке не ухудшает показатели общей и безрецидивной выживаемости, а также не повышает риск развития местного рецидива по сравнению с моноцентрическим раком молочной железы:  $92,6 \pm 5,0\%$ ,  $6,0 \pm 3,3\%$  и  $94,3 \pm 2,7\%$ ,  $7,3 \pm 3,2\%$ , соответственно.

## **ВОЗМОЖНОСТИ РАСШИРЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К РАДИКАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ УЗЛОВЫХ ФОРМАХ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С АУТОПЛАСТИКОЙ ИЗ ШИРОЧАЙШЕЙ МЫШЦЫ СПИНЫ.**

*Акопян И.Г., Климович Я.К., Хананян Н.А.  
Кафедра госпитальной хирургии МГМСУ. Москва. Россия.*

**Цель исследования:** преодолеть некоторый консерватизм хирургического вмешательства по первичному очагу при радикальных резекциях рака молочной железы, а также получить наилучший косметический эффект от вмешательства, путем использования кожно-жирового-мышечного лоскута из широчайшей мышцы спины и ротированной малой грудной мышцы.

**Материалы и методы:** 306 больных (от 20 до 60 лет) с морфологически верифицированным раком молочной железы выполнены радикальные резекции с заполнением дефекта тканей молочной железы островковым аутотрансплантатом на питающей ножке из широчайшей мышцы спины. Для восстановления ареоларно-сосковой зоны молочной железы впервые использовалась малая грудная мышца. Все эти операции выполнялись у больных с пальпируемыми формами рака молочной железы следующих стадий: T1N0M0 – 124, T2N0M0 – 108, T1-2N1M0 – 42, T3N0M0 – 12, T1-2N2M0 – 18, T1N0M1 – 2. Все эти операции являлись хирургическим компонентом в комплексном лечении рака молочной железы.

**Результаты:** получен хороший косметический эффект хирургического лечения с одномоментной синхронизацией объема и конфигурации молочных желез, без дополнительных корригирующих оперативных вмешательств на здоровой молочной железе. Островковый лоскут перемещался во все квадранты молочной железы. Объем молочной железы не имел принципиального значения при выполнении этого хирургического пособия. Операция способствует быстрому психо-эмоциональному восстановлению больных, сокращению длительности лимфореи. Некроз перемещенного аутотрансплантата в раннем послеоперационном периоде наблюдался у 3 больных (0,9%). Отдаленные результаты лечения прослежены 163 больных, что составляет 53,2%. Местные рецидивы были у 16 больных (5,2%).

**Выводы:** выработаны показания к выполнению радикальной резекции молочной железы с возможным использованием трансплантата из широчайшей мышцы спины и малой грудной мышцы. Уточнен объем удаляемых тканей по первичному очагу. При выполнении этой операции мы удаляли не менее одного квадранта молочной железы с обязательным удалением центрального сектора, кожу над опухолью, но оставляли кожу с ареоларно-сосковой зоны. Стандартно удаляли все 3 уровня зон регионарного метастазирования, идентичных таковы при операции Пейти-Диссона. Использование аутопластического трансплантата из широчайшей мышцы спины позволяет шире удалять первичный очаг, при этом получить лучший косметический эффект, не ухудшая непосредственные и отдаленные результаты лечения.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПОЗИТНОГО МЫШЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ МАСТЭКТОМИЯХ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ**

*Д.Д. Пак, М.В. Ермощенко  
ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт  
им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», г. Москва*

Регионарная лимфаденэктомия при радикальных мастэктомиях (РМЭ) приводит к неизбежной лимфореи (ЛР), осложняющей течение послеоперационного периода, способствующей развитию ранних раневых и поздних осложнений, удлиняющих период реабилитации и приводящих к отсрочке адьювантного лечения у больных РМЖ.

**Цель работы:** эффективная хирургическая профилактика послеоперационной лимфореи после РМЭ, доступная для широкого хирургического применения.

**Материалы и методы.** Изучены ближайшие результаты оперативного лечения 118 больных РМЖ. Контрольную группу составили 78 пациенток, которым была выполнена РМЭ по Madden по стандартной методике. Основную группу составили 40 больных РМЖ, 37,5% (15) из которых находились в активном социально-трудовом состоянии.



У 3 больных была выявлена 0 ст. РМЖ, 10 – I, 9 – IIА, 11 – IIВ, 2 – IIIА, 4 – IIIС, 1 – IV. 50% пациенток имели сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания. Неоадьювантная полихимиотерапия была проведена 10% (4), предоперационная лучевая терапия – 2,5% (1) больных. Инфильтративный протоковый рак был морфологически подтвержден у 65% (26), дольковый рак – 17,5% (7), комбинированный – 2,5% (1), in situ – 7,5% (3). Пациентки с нормальной массой тела составили 22,5% (9), с избыточной массой – 35% (14), I степенью ожирения – 32,5% (13), II степенью ожирения – 10% (4). Всем пациенткам основной группы была выполнена РМЭ по Madden с модификацией последнего этапа – пластикой подмышечно-подключично-подлопаточной области композитным мышечным трансплантатом без установки вакуумного дренажа (решение о выдаче патента № 2009149072 (03.08.10)).

**Результаты.** В контрольной группе средний объем ЛР составил 1746 мл при среднем количестве эвакуаций лимфы (КЭЛ) – 19, ранние раневые осложнения выявлены у 17 (21,8%) больных, постмастэктомический отек (ПМОК) I-II степени – у 48%, болевой синдром – у 32,7%. В основной группе у 87,5% (35) пациенток ЛР не было. У 1 больной (2,8%) общий объем ЛР составил 240 мл, КЭЛ – 6. У 2 пациенток общий объем ЛР составил 40 мл при однократной пункции, у 3-х – 60 мл при 3-х-кратной пункции по 20 мл. Таким образом, средний объем ЛР составил 26 мл, что на 98,5% меньше, чем в контрольной группе, КЭЛ – 0,7. Воспалительные изменения в области раны отмечены у 1 пациентки, болевой синдром присутствовал у 30% (12), был купирован через 6 дней применением нестероидных противовоспалительных средств, ранний преходящий ПМОК зафиксирован у 17,5% (7) больных.

**Выводы.** Методика пластики подмышечно-подключично-подлопаточной области композитным мышечным трансплантатом при РМЭ позволила исключить послеоперационную ЛР у 87,5% больных РМЖ, уменьшить ее на 98,5% у 5 больных, выполнить всем пациенткам бездренажную РМЭ. Модификация последнего этапа РМЭ может быть рекомендована к широкому использованию в хирургических стационарах онкологического профиля.

## **РОЛЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НА АУТОСРЕДАХ ОРГАНИЗМА В ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОВЫШЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА**

*Ю.А. Геворкян, А.В. Дашков, Н.В. Солдаткина, В.А. Донцов*

*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздравсоцразвития России»  
г. Ростов-на-Дону,*

**Цель исследования:** изучить изменение резистентности организма больных раком молочной железы при применении интраоперационной химиотерапии на аутосредах организма в органосохраняющем лечении.

**Материал и методы:** Проанализированы данные о 95 больных раком молочной железы T1-2N0-1M0, включая 42% больных до 50 лет. Морфологически у 84% больных был инфильтративный протоковый рак. 50 больным во время органосохраняющей операции проведена химиотерапия на аутосредах организма: внутривенная аутогемохимиотерапия доксорубицином 30 мг и внутритканевая аутоплазмохимиотерапия 5-фторурацилом 250 мг и циклофосфаном 200 мг (1 группа). 45 больным выполнена органосохраняющая операция без интраоперационной химиотерапии (2 группа). Изучено влияние интраоперационной аутобиохимиотерапии на структуру адаптационных реакций, тестирование которых проводили по морфологическому составу крови (Гаркави Л.Х., 1968).

**Результаты:** Оказалось, что операция сопровождалась депрессивным эффектом адаптивных систем организма: возрастание частоты стресса низких и средних уровней реактивности, уменьшение в 2 раза частоты реакции активации, характеризовавшихся высокими показателями напряжения. Коэффициент соотношения антистрессорных и стрессорных реакций был снижен в 4 раза и восстанавливался только к 12 суткам. Введение химиопрепаратов на аутосредах способствовало более благоприятной структуре адаптационных реакций: снижение признаков напряженности реакции стресс, улучшение показателей реакции тренировки, увеличение частоты реакции активации. Соотношение адаптационных реакций, нарушенное после операции, было полностью восстановлено к 5 суткам послеоперационного периода.

**Выводы:** специфика операции ограничивает адаптивные возможности организма. Преимущество применения интраоперационной химиотерапии на аутосредах заключается в формировании интегральных состояний организма, как необходимой основы реализации противоопухолевого эффекта и повышения резистентности организма.

## РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВНУТРИПРОТОВОКОВОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Сарибекян Э.К., Корнев С.В., Аблицова Н.В., Юнушкина Е.А.  
ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт  
им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», г. Москва,  
медицинский факультет РГУ им. И. Канта, г. Калининград*

Внутрипротоковый рак молочной железы (ВПРМЖ) самостоятельно и в сочетании с протоковым раком встречается в 20% случаев по данным мировой литературы. ВПРМЖ не представляет угрозу в плане метастазирования, однако, склонен к мультицентричному росту и рецидивированию в случае экономных операций. Несмотря на усовершенствование маммографической рентгеновской и ультразвуковой техники, по-прежнему остаются большие трудности в дооперационной диагностике карциномы *in situ*.

В данной клинической ситуации представлен редкий случай рака молочной железы (CIS), где измененная ткань занимала всю паренхиму молочной железы. При этом, ни один из использованных стандартных методов диагностики не смог определить характер и истинные размеры поражения молочной железы.

Пациентка, 38 лет, в 2008 году были роды. Кормила грудью в течение 6 месяцев, до апреля 2009 г. В декабре 2009 года обнаружила уплотнение в правой молочной железе, в связи с чем обратилась в поликлинику г. Калининграда, где проживает. Диагностирован лактостаз, находилась под динамическим наблюдением. В апреле 2010 года пациентка отметила бурный рост образования, обратилась к онкологу. Для уточнения характера заболевания направлена в МНИОИ им. П.А. Герцена.

При осмотре: сосково-ареолярные комплексы симметричны, не изменены, молозивные выделения из сосков. Правая молочная железа несколько увеличена по сравнению с левой за счет выбухания в области верхне-наружного квадранта. При пальпации: вся ткань правой молочной железы диффузно изменена, с множественными тяжистыми уплотнениями, без четких узловых образований. В правой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфатический узел размерами 2,0 x 1,5 см, плотно-эластичной консистенции, неспаивающийся с кожей. В левой молочной железе картина умеренно выраженной фиброзно-кистозной мастопатии. По данным ультразвукового исследования молочных желез (20.09.10): в левой молочной железе – картина стимулированной (гиперплазированной) железистой ткани, на этом фоне без признаков патологических образований. Справа аналогичная картина стимулированной железистой ткани, на фоне которой в проекции границы наружных квадрантов и центральной зоны, ближе к фасции большой грудной мышцы имеется образование 56x36мм, изоэхогенной и достаточно гомогенной структуры. Контуры образования четкие, неровные. Признаков формирования капсулы или инвазивного роста нет. В правой подмышечной области имеется лимфоузел неправильной формы гипоехогенной структуры, размером до 16мм, произведена его пункция, цитологически гиперплазия лимфоидной ткани. **Заключение:** эхографическая картина узлового образования правой молочной железы – листовидная фибroadенома? Суспициозные изменения?

Учитывая неоднозначную клиническую картину (диффузные изменения неясного характера: либо доброкачественного, с учетом недавней лактации, либо злокачественного) и наличие эхографически определяемого узлового образования (фибрoаденома или узел рака), решено выполнить трепанобиопсию ткани молочной железы с гистологическим исследованием, при котором выявлены множественные очаги карциномы *in situ*.

Планировалось выполнение оперативного вмешательства в объеме субтотальной резекции молочной железы. В процессе удаления уплотнения через перiareолярный разрез выявлено поражение всей ткани молочной железы. При срочном гистологическом исследовании резецированной ткани молочной железы – множественные очаги CIN, четкого узлового образования не выявлено. Больной выполнена радикальная мастэктомия по Маддену с пластикой правой подмышечной области фрагментом широчайшей мышцы спины.

По результатам гистологического исследования по всей ткани молочной железы внутрипротоковый рак высокой степени злокачественности с большим количеством комедо-некрозов, распространением опухоли в дольки железы (канцеризация долек), без признаков инвазии опухоли за пределы протоков. В лимфатических узлах – без опухолевого роста.

Таким образом, при обследовании пациентов необходимо учитывать не только данные инструментальных методов обследования, но и клиническую картину заболевания. Нельзя полагаться только на современные высокотехнологические рентгеновские и эхографические методы диагностики.

## **ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ НА АУТОПЛАЗМЕ В ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗАМИ В ПОДКРЫЛЬЦОВЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ**

*Ю.А. Геворкян, Н.В. Солдаткина, А.В. Дашков, М.Л. Малейко*  
*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздравсоцразвития России,*  
*г. Ростов-на-Дону,*

**Цель исследования.** Улучшить результаты органосохраняющего лечения больных раком молочной железы с метастазами в подкрыльцовые лимфоузлы (T1-2N1M0).

**Материал и методы.** Проанализированы данные о 90 больных раком молочной железы T1-2N1M0. 40% больных находилось в возрасте до 50 лет; 60% – после 50 лет. Морфологически у 80% больных был установлен инфильтративный протоковый рак, у 20% – прочие формы рака. Распределение по стадиям: T1N1M0 – 33 больных, T2N1M0 – 57 больных. 30 больным проведено органосохраняющее лечение с интраоперационной химиотерапией (1 группа), заключающееся в радикальной резекции молочной железы с подкрыльцовой лимфодиссекцией всех трех этапов лимфогенного метастазирования. Во время операции, до удаления регионарных лимфатических узлов, после окрашивания лимфатических сосудов раствором метиленовой синьки, проводили эндолимфатическую химиотерапию на аутоплазме метотрексатом 10 мг в подкрыльцовый лимфатический сосуд с последующей его перевязкой. 60 больным проведено органосохраняющее лечение без интраоперационной химиотерапии (2 группа). В послеоперационном периоде больным всех групп проведен курс дистанционной гамма-терапии на молочную железу и пути лимфооттока (суммарная очаговая доза 40 Гр) и адъювантная полихимиотерапия (4-6 курсов).

**Результаты.** За время наблюдения (3 года) в 1 группе больных частота прогрессирования рака молочной железы составила 6,6%, во 2 группе – 11,9% ( $p < 0,05$ ). 3-летняя безрецидивная выживаемость у больных 1 группы составила 94,38±2,3%, у больных 2 группы – 84,72±3,7% ( $p < 0,05$ ). 3-летняя общая выживаемость у больных 1 группы составила 98,6±3,5%, у больных 2 группы – 94,8±2,2% ( $p > 0,1$ ).

**Выводы.** Применение интраоперационной эндолимфатической химиотерапии на аутоплазме в органосохраняющем лечении рака молочной железы T1-2N1M0 позволяет улучшить результаты лечения, уменьшить частоту прогрессирования заболевания и увеличить безрецидивную выживаемость больных.

## **ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ С ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ НА АУТОСРЕДАХ ОРГАНИЗМА**

*Ю.А. Геворкян, Н.В. Солдаткина, А.В. Дашков, Д.С. Петров*  
*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздравсоцразвития России»*  
*г. Ростов-на-Дону,*

**Задача исследования.** Изучить качество жизни больных раком молочной железы после органосохраняющего лечения.

**Материал и методы.** 120 случаев рака молочной железы T1-2N0-1M0. Гистологически преобладал инфильтративный протоковый рак (80%). По стадиям: T1N0M0 – 48 больных, T1N1M0 – 24 больных, T2N0M0 – 30 больных, T2N1M0 – 18 больных. 60 больным выполнена органосохраняющая операция в объеме радикальной резекции молочной железы с удалением лимфатических узлов всех трех этапов лимфогенного метастазирования (1 группа), 60 больным выполнена радикальная мастэктомия по Пейти-Дайсену (2 группа). В послеоперационном периоде все больные получили курс дистанционной гамма-терапии на оставшуюся молочную железу/послеоперационный рубец, подкрыльцовое, надподключичное полу, СОД 40 Гр. При наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах (T1-2N1M0) больные получили и 4–6 курсов адъювантной химиотерапии (CMFAV). Качество жизни исследовали по опроснику Functional Assessment of Cancer Therapy – General до и после окончания лечения.

**Результаты.** До лечения общее качество жизни больных 1 группы составило 74,3 балла (физическое состояние – 14, социальное благополучие – 13,3, эмоциональное состояние – 32, благополучие в повседневной жизни – 15). После лечения общее качество жизни составило 56,7 балла (по шкалам: 11; 10; 23,4; 12,3 соответственно). Различия достоверны по показателям общего качества жизни и шкале эмоциональное состояние. До лечения общее качество жизни больных 2 группы – 76 балла (физическое состояние – 14, социальное благополучие – 14, эмоциональное состояние – 33, благополучие в повседневной жизни – 15). После лечения общее качество жизни больных этой группы достоверно хуже, чем после органосохраняющего лечения – 89 баллов, в основном за счет ухудшения физического состояния (физическое состояние – 23, социальное благополучие – 13, эмоциональное состояние – 34, благополучие в повседневной жизни – 19).

**Выводы.** Органосохраняющее лечение рака молочной железы T1-2N0-1M0, в отличие от операции радикальной мастэктомии, достоверно улучшает качество жизни больных, что способствует социальной и медицинской реабилитации.

## **УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НА АУТОСРЕДАХ ОРГАНИЗМА**

*Ю.А. Геворкян, А.В. Дашков, Н.В. Солдаткина, Л.Э. Емельянова*  
*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России»,*  
*г. Ростов-на-Дону,*

**Цель исследования:** улучшение результатов органосохраняющего лечения больных раком молочной железы T1-2N0-1M0

**Материал и методы исследования:** в исследование включено 270 больных раком молочной железы T1-2N0-1M0, включая 113 больных до 50 лет. Морфологически преобладал инфильтрирующий протоковый рак (74%). Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, состоянию менструальной функции, степени распространенности опухолевого процесса, морфологической форме опухоли. 120 больным (1 группа) во время органосохраняющей операции в объеме радикальной резекции молочной железы, включающей диссекцию всех этапов лимфогенного метастазирования, проведена интраоперационная химиотерапия на аутосредах организма: внутривенная аутогемохимиотерапия доксорубицином 30 мг, внутритканевая аутоплазмохимиотерапия и аутолейкохимиотерапия циклофосфаном 200 мг и 5-фторурацилом 500 мг. 150 больным (2 группа) выполнена операция радикальная резекция молочной железы с диссекцией лимфоузлов всех этапов лимфогенного метастазирования без применения интраоперационной химиотерапии на аутосредах организма. Больные всех групп после операции получили курс лучевой терапии на молочную железу и пути лимфооттока в СОД 40 Гр и 4-6 курсов адъювантной полихимиотерапии по схеме CMFAV. Больные прослежены в течение 5 лет.

**Результаты:** частота прогрессирования рака молочной железы у больных 1 группы составила 5,5%, у больных 2 группы – 12,4%. 5-летняя безрецидивная выживаемость у больных 1 группы составила  $91,83 \pm 2,9\%$ , у больных 2 группы –  $82,84 \pm 3,8\%$  ( $p < 0,05$ ). Общая выживаемость больных раком молочной железы после различных видов лечения отличается не столь значительно как безрецидивная. Так, 5-летняя общая выживаемость у больных 1 группы составила  $97,8 \pm 1,5\%$ , у больных 2 группы –  $93,7 \pm 2,4\%$ . Однако, возникновение рецидивов и метастазов рака молочной железы после лечения, несомненно, влияют на качество жизни больных.

**Выводы:** таким образом, применение интраоперационной химиотерапии на аутосредах организма в органосохраняющем лечении рака молочной железы T1-2N0-1M0 позволило достоверно улучшить результаты лечения больных.

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОМОЩИ АППАРАТА «МАММОТОМ».

*Степанов С.О., Усов Ф.Н., Гуц О.В., Рассказова Е.А.  
Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена  
(дир. - акад. РАМН В.И.Чиссов)*

**Задача исследования.** Определить эффективность удаления узловых образований молочной железы с помощью «Маммотома».

**Материал и методы.** Для удаления узловых образований молочной железы, как с диагностической, так и с лечебной целью применяли аспирационную вакуумную биопсию, производимую под контролем УЗИ с помощью устройства маммотом. Весь ход работы режущей кромки полой иглы хорошо виден на экране монитора. Уникально что, однократно введя инструмент в патологическую зону, можно многократно получать биопсийный материал или при доброкачественном образовании полностью его удалить, что невозможно при биопсии с использованием стереоскопической приставки и пружинного пистолета.

**Результаты.** В МНИОИ им. П.А.Герцена с 09.2003 г. по 06.2010 г. выполнено манипуляций у 147 пациенток. Средний возраст больных составил 31 год (от 18 до 57 лет). Минимальный размер образования составлял 8 мм, а максимальный 25 мм. Всем пациенткам на дооперационном этапе выполнялись УЗИ молочных желез с доплеровским исследованием, пункция под контролем УЗИ, цитология пунктата. Среднее время манипуляции составило 30 минут. Под местной анестезией выполняют кожный разрез молочной железы около 5-8 мм, с помощью зонда «Маммотома» послойно под контролем УЗИ удаляют патологическое образование. Использовали в зонды калибра 8G и 11G. По данным гистологии у пациенток репродуктивного возраста злокачественная опухолевая патология не выявлена. У больных в возрасте от 50 до 57 лет выявлен рак молочной железы, из них у 2 пациенток с с-г in situ, у 1 инвазивный протоковый рак (размер очага 1 мм). В послеоперационном периоде для профилактики гематомы проводят тугое бинтование и через 2-3 дня выполняют единственную перевязку.

**Выводы.** Преимуществом данного метода является отсутствие послеоперационных рубцов, малая травматичность, местная анестезия, короткий послеоперационный период. У пациенток в постменопаузе операцию рекомендовано использовать как диагностическую.

## ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИЙ ЛИЗИС В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Е.В.Горанская, М.А.Каплан, В.Н.Капинус, М.В.Таибова, С.Д.Фомин  
МРНЦ РАМН, г. Обнинск*

**Актуальность.** Несмотря на большой прогресс, достигнутый в диагностике и лечении рака молочной железы (РМЖ) за последние десятилетия, локализации остается одной из основных причин смерти женщин, больных злокачественными новообразованиями.

В 2006 году в России заболело РМЖ 50292 женщин, а 22830 умерло. В лечении РМЖ традиционно используются хирургические, лучевые методы лечения, ПХТ, которые требуют длительного стационарного лечения, а также применения дорогостоящего оборудования и препаратов. В последнее время предпочтение отдается эффективным малоинвазивным методам лечения, одним из которых является электрохимический лизис (ЭХЛ).

Задачами настоящего исследования является разработка и возможности применения метода ЭХЛ в комплексном лечении РМЖ.

**Материалы и методы.** Исследование проведено 37 пациенткам с различными стадиями заболевания: 3 пациентки – I стадия, у 19 пациенток – II стадия, у 10 – III стадия, 5 пациентки после комплексного лечения с прогрессированием процесса и отдаленными метастазами. В 23 случаях диагностирован инфильтрирующий протоковый рак, в 3-х протоковый, в 4-х дольковый, в 5-ти инфильтрирующий дольковый, в одном сочетании инфильтрирующего долькового и протокового, у одной пациентки медуллярный рак. Лечение проводилось аппаратом ECU-300 Soring, с помощью платиновых электродов (4-10), вводимых как в сам опухолевый узел, так и перитуморально. Использовались параметры: I – 50-80 мА, время – 25-40 мин, заряд – 2100-3200 Кл. Проводилось комплексное лечение (ЭХЛ, хирургическое, лучевое, ПХТ, гормонотерапия, таргетная терапия) согласно стадии и рекомендациям ESMO. Оценка эффективности осуществлялась под контролем УЗИ, маммографии, гистологического исследования.

**Результаты исследования.** При оценке непосредственно после ЭХЛ по данным УЗИ и маммографии в 13 случаях отмечалось уменьшение опухолевого узла от 10 до 5 мм, в остальных случаях не было четкой визуализации опухоли, по морфологическим данным (трепанобиопсия, операционный материал) наблюдался лечебный патоморфоз 1-3 степени, процент некроза опухолевого узла у большинства пациенток составил 60-80%, число полных и частичных ответов составило 66%.

Сроки наблюдения составили от 4-х лет до 6 месяцев. 27 пациенткам проведено оперативное лечение в составе комплексного, ни у одной больной не выявлено рецидивов и метастазов. 10 больным проводилось консервативное лечение: из них у 5 пациентов с отдаленными метастазами идет дальнейшее прогрессирование (3 пациенток умерло, 2 находятся на лечении); у 2-х пациенток с III стадией процесса через 2 года выявлены метастазы в кости и легкие; у одной пациентки с III стадией заболевания через год местный рецидив; об одной больной нет сведений; одна пациентка с III стадией наблюдается в течение года без признаков прогрессирования заболевания.

**Выводы.** Метод ЭХЛ может применяться при различных стадиях процесса. Применим при первичных опухолях и при прогрессировании процесса. ЭХЛ может применяться неоднократно, при лечении опухолевых узлов различного размера. При использовании электрохимического лизиса во всех случаях был получен некроз опухолевого узла различной степени выраженности, что говорит об эффективности ЭХЛ.

## ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИЙ ЛИЗИС И СИСТЕМНАЯ ВНУТРИВЕННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Е.В.Горанская, А.М.Шубина, М.А.Каплан, С.Д.Фомин, В.Н.Капинус, М.В.Таибова*  
МРНЦ РАМН, г. Обнинск

**Актуальность.** Заболеваемость раком молочной железы в России, как и в большинстве стран Европы и Северной Америки, растет. Рак молочной железы занимает 1-е место в структуре онкологической заболеваемости в России с 1985 г. и к концу 2010 г. в мире прогнозируется рост числа заболевших до 1,45 млн.

Задача настоящего исследования состояла в разработке и изучении эффективности системной фотодинамической терапии (ФДТ) и электрохимического лизиса (ЭХЛ) в комплексном лечении рака молочной железы.

**Материалы и методы.** Исследование проведено 28 пациенткам с различными стадиями заболевания раком молочной железы (I–III). При морфологическом исследовании в 75% случаев выявлен протоковый рак, в остальных – дольковый, у одной пациентки – медуллярный рак.

На первом этапе лечения ЭХЛ проводилось однократно всем 28 пациенткам на аппарате «ECU-300» (Soring), с использованием платиновых электродов (4-10), вводимых как в сам опухолевый узел, так и перитуморально. Использовались следующие параметры ЭХЛ: сила тока 50-80 мА, время – 25-40 мин, заряд – 2100-3200 Кл.

Системную внутривенную ФДТ проводили по следующей методике: внутривенно капельно пациенту вводился раствор фотосенсибилизатора хлоринового ряда «Фотолон» в дозе 1–1,5 мг/кг. Одновременно с введением фотосенсибилизатора проводилось лазерное облучение крови больного на аппарате «Латус-0,4» (длина волны 660±2 нм), параметры облучения: мощность 20 мВт, время облучения 50 минут.

Последующие сеансы системной ФДТ проводились всем пациентам 1 раз в месяц на фоне традиционного лечения согласно рекомендациям ESMO, общее количество сеансов (1-7) зависело от сроков наблюдения.

**Результаты исследования.** Основным методом оценки лечения был морфологический – операционный материал, который был получен после радикальных резекций и мастэктомий, проведенных у 24 из 28 пациенток. При исследовании операционного материала определялся лечебный патоморфоз: 3 степень – в 59%, 2 степень – в 29%, 1 степень – в 12%. В окружающих опухоль тканях наблюдались некротические изменения с повреждением окружающих сосудов.

У 4-х пациенток, которым не проводилось хирургическое лечение, эффективность лечения определялась по данным трепанобиопсии. У 2 из этих 4 пациенток через год после лечения наблюдался местный рецидив.

Сроки наблюдения за пациентами составили от 2 месяцев до 5 лет. За время наблюдения ни у одной из 28 наблюдаемых пациенток отдаленных метастазов не выявлено.

**Выводы.** Методы системной ФДТ и электрохимического лизиса могут быть использованы в комплексном лечении больных раком молочной железы, для повышения эффективности терапии и улучшения качества жизни.

## ОБЩЕСИСТЕМНАЯ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Акопян И.Г., Макарова С. А., Климович Я. К., Хананян Н. А.  
Кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета МГМСУ, г. Москва*

**Цель настоящего исследования** – комплексное изучение влияния общесистемной, низкоэнергетической, вихревой магнитотерапии на больного, проходящего радикальное комбинированное лечение по поводу рака молочной железы.

**Пациенты и методы:** Обследовано 690 женщин в возрасте от 36 до 68 лет, у которых диагностирован рак молочной железы T1-2N0-2M0 стадий. Этим пациенткам выполнено комбинированное лечение с предоперационным курсом дистанционной гамма-терапии 20 Грей за 5 фракций и радикальная мастэктомия по Patey-Dyson или Maden. Лечение данной группы больных сочеталось с общесистемной низкоэнергетической магнитотерапией. Контрольную группу составили 164 женщины с аналогичными стадиями, возрастом и лечением, но без применения магнитотерапии. Всем больным проводилось исследование клеточного иммунитета (10 параметров), динамика показателей свертывающей системы крови (5 параметров). Клинически контролировать длительность послеоперационной лимфореи. Магнитотерапия проводилась в установке «магнитотурботрон 2» в течение всего облучения, прерывалось на 2-3 дня после операции, и продолжалось вплоть до прекращения лимфореи (в среднем 22 сеанса).

**Результаты:** после курса лучевой терапии наблюдалось снижение показателей клеточного иммунитета в обеих группах больных, но у больных, проходивших магнитотерапию, выраженность депрессии показателей была меньше, по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ) и сходными цифрами ( $p > 0,05$ ), за исключением В –лимфоцитов ( $p > 0,05$ ). Кроме того, в данной группе больных отмечался незначительный рост НК-клеток (СД 3-/ СД16+) на 3.5% ( $p > 0,05$ ) при снижении на 9.7% ( $p < 0,05$ ) в контрольной группе. Сравнивая показатели свертывающей системы крови больных на 5-6 сутки после операции, нами отмечено снижение выраженности гиперкоагуляционного состояния у больных, при проведении магнитотерапии, по сравнению с контрольной группой. При чем, эти изменения затрагивают показатели трех основных фаз свертывания крови, а так же эуглобулинзависимый фибринолиз. Длительность послеоперационной лимфореи у больных сочетавших комбинированное лечение с магнитотерапией 22 ( $\pm$ ) 2.2 дня, против 28.2 ( $\pm$ ) 2.8 дня в контрольной группе. Разница в длительности лимфореи между больными обеих групп составила 21.6% ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** по результатам нашего исследования применение общесистемной низкоэнергетической магнитотерапии в лечении больных раком молочной железы сопровождается уменьшением выраженности иммуносупрессии и гиперкоагуляции по сравнению с идентичной группой больных, не проходивших магнитотерапию, а так же способствует сокращению послеоперационной лимфореи.

## ВНУТРИКАНЕВАЯ СОЧЕТАННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И ЛАЗЕРНАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИКОЖНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Филоненко Е.В., Окушко А.Н., Сухин Д.Г., Крылова Г.П.  
МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва  
Лощенов В.Б., Савельева Т.А.  
ИОФ РАН им. А.М. Прохорова, г. Москва*

Особое место среди больных раком молочной железы занимают пациенты с внутрикожными метастазами. Рост метастазов на фоне неэффективности традиционных методов лечения ухудшает прогноз жизни больных, способствует появлению впоследствии болевого синдрома, косметическим дефектам, что отрицательно сказывается на психолого-эмоциональном состоянии больных и снижению качества их жизни.

Метод фотодинамической терапии наряду с хирургическим и лучевым лечением применяется при лечении внутри- и подкожных метастазов рака молочной железы. Однако сам метод ФДТ имеет ограничения, связанные с глубиной проникновения света в ткани, а при повышении дозы лазерного облучения в стандартных методиках происходит неселективная деструкция тканей, в том числе здоровых тканей, располагающихся над подкожными опухолевыми очагами. Поэтому для лечения опухолей, располагающихся глубоко под кожей, в МНИОИ им. П.А. Герцена разработан метод сочетанной ФДТ и лазерной гипертермии с низкотемпературной протекцией здоровых тканей.

**Цель:** оптимизация и повышение эффективности лечения больных с метастазами рака молочной железы в кожу и подкожно-жировую клетчатку путем воздействия на последние с помощью ФДТ и лазерной гипертермии с низкотемпературной протекцией здоровых тканей.

**Материалы и методы:** отделение реабилитации МНИОИ им. П.А. Герцена располагает опытом использования сочетанной фотодинамической терапии с использованием фотосенса и лазерной гипертермии с низкотемпературной протекцией здоровых тканей у 8 больных с метастазами в кожу и подкожно-жировую клетчатку рака молочной железы, резистентными к ранее проведенному лечению. Возраст больных колебался от 44 до 70 лет, средний возраст составил 57,6 лет. Количество опухолей у данных больных составляло от 1 до 8, все они представляли собой узловые образования, располагающиеся в подкожно-жировой клетчатке или экзофитные интрадермальные образования. Среднее количество узловых опухолевых очагов у одной больной – 4,4. Диаметр опухолевых узлов колебался от 0,5см до 5,0см.

В качестве источника оптического излучения для проведения ФДТ использовался лазерный аппарат «ЛФТ-630/675-01-«Биоспек», длина волны излучения для проведения ФДТ – 670 нм. Для проведения ЛГ использовался сертифицированный терапевтический источник света – лазерный диодный аппарат «Кристалл» или «Биоспек». Длина волны излучения для проведения ЛГ –  $808 \pm 10$  нм.

Для низкотемпературной протекции здоровых тканей использовалось оригинальное устройство с охлаждаемой сапфировой линзой. К дистальному концу линзы крепится сдвоенный световод, подключаемый к двум источникам света (670 нм и 808 нм). Сапфировая линза охлаждается до температуры  $2-4^{\circ}\text{C}$ , либо с помощью системы циркуляции охлажденной жидкости внутри устройства, либо с помощью иных физических эффектов, позволяющих снижать температуру кожи в зоне контакта с сапфировой линзой. Она защищает нормальные ткани от деструкции и концентрирует требуемую энергию внутри опухолевых очагов, расположенных под кожей, где температура достигает при использовании данной методики  $62^{\circ}\text{C}$ . Курс лечения проводился в течение 10-12 сеансов. Во время проведения процедуры осложнений не отмечено. Системная полихимиотерапия всем больным проводилась по стандартным схемам.

**Результаты:** у двух больных (25%) отмечена полная резорбция 4 очагов опухоли после проведенного лечения. У остальных шести больных (75%) отмечено уменьшение опухолевых очагов, подтвержденное УЗИ.

**Заключение:** накопленный нами опыт позволяет надеяться, что данная методика позволит улучшить результаты лечения больных с внутрикожными и подкожными метастазами рака молочной железы и может применяться как наряду, так и при невозможности проведения традиционных методов лечения.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОСТИ**

*Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Бухаров А.В., Державин В.А.  
ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий, г. Москва*

**Цель:** оценить возможности хирургического лечения пациентов с поражением костей при метастазах рака молочной железы.

**Материалы и методы:** За период 2005–2010гг. хирургическое лечение по поводу метастазов рака молочной железы в кости получил 121 пациент в возрасте от 25 до 74 лет.

Всего выполнено 235 операций из них по поводу метастатического поражения длинных костей – 21 (9%), позвоночника – 196 (84%) и костей таза – 16 (7%). Сегментарные резекции с эндопротезированием произведены 4 больным. Погружной остеосинтез выполнен 12 пациентам, из них у 11 – интрамедуллярный остеосинтез и у 1 больной – блоковая резекция метастаза большеберцовой кости с пластикой дефекта полиметилакрилатом и на костным остеосинтезом. Операции на позвоночнике различного объема, по поводу компрессии спинного мозга с неврологическим дефицитом произведены у 14 пациентов (ляминэктомия с задней фиксацией – 12, корпорэктомия – 2). 91 больному выполнено 205 малоинвазивных вмешательств (вертебропластика – 182, остеопластика – 13, радиочастотная термоабляция – 10, из них 7 – в сочетании с последующей остео- или вертебропластикой).

**Результаты:** Интраоперационных осложнений не наблюдалось, послеоперационные осложнения составили 8%. Улучшение общего состояния (шкала Карновского) после операции отмечено у 186 (79%) больных, уменьшение степени болевого синдрома (шкала R.G. Watkins) у 195 (83%) пациентов. Средние сроки начала специального лечения после эндопротезирования – 14 суток; погружного остеосинтеза – 10 суток и операций на позвоночнике – 14 суток. Медиана выживаемости составила 26мес.



**Выводы:** Адекватное ортопедическое пособие и расширение показаний к хирургическим методам лечения пациентов с метастазами рака молочной железы в костную систему позволяет адекватно купировать болевой синдром, улучшить функциональный статус, сохранить качество жизни, а в ряде случаев и значительно продлить жизнь больных, которые ранее считались инкурабельными.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

*Р.К. Шихкеримов, Л.З. Вельшер, А.А. Савин, М.Л. Стаханов, И.Д. Стулин,*

*Л.А. Савин, А.С. Койчакаева, С.В. Стражов, Т.В. Карандеева*

*Кафедра нервных болезней лечебного факультета и кафедра онкологии и лучевой терапии  
Московского государственного медико-стоматологического университета, г. Москва*

### **Введение:**

Течение постмастэктомического синдрома, возникающего после радикального лечения рака молочной железы, отличается разнообразием симптомов и клинических форм. Своевременность и квалифицированность современных методов диагностики и лечения рака молочной железы способствует снижению смертности от данного заболевания. 40% пациенток, перенесших радикальную мастэктомию, имеют трудоспособный возраст.

По нашим наблюдениям в подавляющем большинстве случаев у женщин после радикальной мастэктомии развиваются отёк руки на стороне операции, тугоподвижность плечевого и локтевого суставов, боли и парестезии в руке, снижение мышечной силы, вегетативно-трофические расстройства, нарушение кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне, регионарный постуральный дисбаланс мышц шейно-грудного региона, функциональные блокады преимущественно в шейном и грудном отделах позвоночника, а также расстройства в психоэмоциональной сфере.

Такое разнообразие проявлений данного расстройства позволило выделить соответствующие клинические варианты течения постмастэктомического синдрома.

**Целью** настоящей работы явилось изучение клинических вариантов течения постмастэктомического синдрома.

**Материалы и методы.** Настоящее исследование основано на анализе результатов обследования 489 больных, получивших радикальное лечение по поводу рака молочной железы I-IV стадий. Возраст больных колебался от 31 до 74 лет. Подавляющее большинство больных (64%) было моложе 60 лет. Оперативное вмешательство было выполнено: по Пейти – 244 (49.89%), по Маддену – 137 (28.01%), по Холстеду-Мейеру – 68 (14.33%), по Фолькману – 9 (1.84%), по Пирогову – 9 (1.84%). Радикальная секторальная резекция была произведена 20 больным (4.09%). Большинство пациенток получали пред- и (или) послеоперационную лучевую терапию. Всем больным проводили клиничко-неврологическое и мануальное обследование. Учитывали телосложение, осанку, положение и симметрию плечевого пояса, тонус мышц шейно-плечевого и грудного региона. Инструментальное обследование включало в себя проведение ультразвуковой доплерографии с помощью аппарата для УЗДГ – Вазоскан-VL (Англия), изучение реологических свойств крови анализатором «АКР-2», определение кожной температуры методом телетермографии (тепловизор – AGA – Thermovision 782), исследование скорости распространения возбуждения по моторным волокнам n. Ulnaris (электронейромиограф – «Медикор» – MG – 440), оценку психоэмоционального статуса с помощью опросников Спилбергера-Ханина и Бека. Для выявления функциональных блокад позвоночника всем пациенткам наряду с мануальным обследованием проводилась рентгенография шейного и грудного отделов позвоночника.

**Результаты исследования.** По данным обследования показано, что у пациенток, перенесших радикальное лечение рака молочной железы, выявляется сложный нейроваскулярный синдром с нарушением кровообращения верхней конечности и головного мозга, скорости проведения нервного импульса и температурного распределения на стороне мастэктомии. При этом отёчная рука находится в состоянии хронической ишемии. Вместе с тем у большинства больных отмечаются функциональные биомеханические расстройства шейно-грудного региона.

Выявленные расстройства отчётливо демонстрируют необходимость выделения следующих клинических вариантов течения постмастэктомического синдрома: отёчный, нейропатический, церебральный, патобиомеханический и смешанный. У 22% женщин преобладает отёчный вариант течения постмастэктомического синдрома, у 18% – нейропатический вариант с преобладанием клиники компрессии нервов плечевого сплетения, у 12% – церебральный вариант с преимущественными признаками нарушения кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне, у 19% – патобиомеханический вариант и у 29% – смешанный вариант течения постмастэктомического синдрома. У самой многочисленной группы пациенток (29%) со смешанным вариантом

течения примерно в равной степени наблюдаются все, имеющиеся у больных после радикальной мастэктомии, расстройств. Необходимо отметить, что в каждом клиническом варианте в той или иной степени могут встречаться различные проявления постмастэктомического синдрома, но преобладающим является какой-либо один из симптомов.

Патобиомеханический вариант течения постмастэктомического синдрома проявляется сколиотическим искривлением, функциональными суставными блокадами на шейном и грудном уровнях позвоночника и регионарным постуральным дисбалансом мышц шейно-грудного региона.

**Выводы.** Таким образом, предложенные нами клинические варианты течения постмастэктомического синдрома позволяют конкретизировать то разнообразие клинических симптомов и синдромов, которые выявляются у больных после радикального лечения рака молочной железы. Полученные данные указывают на необходимость внедрения предложенных методик диагностики в широкую клиническую практику.

## **РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ МАСТЭКТОМИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ**

*Ермощенко М.В., Пак Д.Д., Юнушкина Е.А.  
ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Росздрава, г. Москва*

Рак молочной железы (РМЖ) – одна из самых важных проблем современной онкологии. Заболеваемость раком молочной железы у женщин с каждым годом неуклонно растет, занимая лидирующие позиции. В 1997 г. абсолютное число впервые в жизни установленного диагноза РМЖ в России составило 40360, в 2009 г. уже 52157 (Чиссов В.И., 2009). Радикальное лечение РМЖ в 20-87,5% случаев способствует развитию ранних и поздних хирургических осложнений, в частности, постмастэктомического синдрома (ПМЭС), приводя к стойкой потере трудоспособности в 43%. Данному факту способствуют отсутствие ранней профилактики ПМЭС, позднее начало его лечения, недостаточное осведомление врачей и пациентов о способах предупреждения развития данного осложнения. Учитывая риск потери трудоспособности и полноценной активной жизни более чем у 50 000 женщин в РФ ежегодно, актуальным является создание комплекса способов профилактики и лечения ПМЭС в ранние сроки послеоперационного периода.

**Цель работы:** ранняя послеоперационная реабилитация больных раком молочной железы.

**Задачи исследования:** эффективное лечение ПМЭС на ранних стадиях, создание условий для активации коллатерального лимфообращения, лимфореваскуляризации в верхней конечности на стороне операции для предупреждения прогрессирования ПМЭС.

**Материалы и методы.** Объектом исследования явились 93 пациентки, оперированные по поводу РМЖ в отделении общей онкологии МНИОИ. 78 больным была выполнена радикальная мастэктомия (РМЭ) по Маддену без применения специальных методов профилактики и лечения ПМЭС в ранние сроки после операции (контрольная группа). Из 15 пациенток основной группы в 7 случаях выполнена радикальная мастэктомия по Маддену, радикальная расширенная модифицированная мастэктомия – в 2, подкожная мастэктомия с пластикой широчайшей мышцей спины и эндопротезом – в 4, иссечение рецидива РМЖ в подмышечной области – в 2. У всех пациенток данной группы был выявлен ранний постмастэктомический отек в сочетании с явлениями брахиоплексита. 0 ст. РМЖ диагностирована у 2 больных, I ст. – 1, IIА ст. – 3, IIВ ст. – 3, IIС ст., – 2, III ст. – 3, IV ст. – 1. Всем пациенткам основной группы в послеоперационном периоде выполнялась электромиостимуляция верхней конечности на стороне операции в течение 20 минут с использованием прибора «Veinoplus» (Ad Rem Technology, Франция) в течение 10 дней. В 5 случаях лечение было начато на 2-3 сутки послеоперационного периода, в 8 – на 5-9 сутки, в 2 – на 15-16 сутки. Результаты оценивали через 5 сеансов электромиостимуляции. Все пациентки получали НПВС в комплексе восстановительного лечения.

**Результаты.** При осмотре 52 пациенток контрольной группы постмастэктомический отек I-II степени был отмечен у 48% (25), болевой синдром – у 32,7% (17) больных. В основной группе разница в окружностях предплечья до 2 см выявлена у 12 пациенток, от 2,5 до 5 – у 2, более 5 – у 1, средняя разница в окружностях плеча до 2 см отмечена у 7 больных, от 2,5 до 5 см – у 7, более 10 см – у 1. Явления парестезии в виде онемения по задней поверхности плеча наблюдались у 11, по задней поверхности предплечья – у 7 больных. Боли по задней поверхности плеча отмечены у 10 пациенток, по задней поверхности предплечья – у 4. Боли в области плеча при движениях наблюдались у 14

больных. После 5 сеансов электростимуляции у 3-х пациенток было отмечено уменьшение окружности предплечья на 0,5 см, у 7 – на 1 см, у 1 – на 1,5 см, у 4-х – купирование отека предплечья полностью. Отек плеча после 5 сеансов применения прибора «Veinoplus» у 10 пациенток уменьшился на 0,5-1,5 см, у 5 – на 2-3,5 см. Интенсивность болей в области плеча при движениях у 9 больных уменьшилась на 50%, в 1 случае болевой синдром при движениях был полностью купирован. Явления парестезии в виде онемения по задней поверхности плеча уменьшились на 50% у 8 больных, у 3-х чувствительность плеча была восстановлена, чувствительность в области предплечья восстановилась на 50% у всех больных. Интенсивность постоянных болей по задней поверхности плеча после 5 процедур уменьшилась у 7 больных на 50%, у 4 боли были полностью купированы. Боли по задней поверхности предплечья после лечения сохранились у 1 больной.

**Выводы.** Применение электростимулятора «Veinoplus» в раннем периоде после радикальных операций по поводу рака молочной железы способствует профилактике и уменьшению постмастэктомического синдрома, ускорению реабилитации больных раком молочной железы. Для оценки влияния метода на постоянный постмастэктомический отек верхней конечности необходимы дальнейшие исследования.

## **ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АДГЕЗИВНЫХ ЭКЗОФОРМ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*А.В. Кондаков, к.м.н., ст. научн. сотрудник РНЦРР Росмедтехнологий*

Успешность клинической реабилитации женщин после комбинированного лечения рака молочной железы определяется влиянием многих факторов, важнейшим из которых является проблема возникшего постмастэктомического дефекта и возможности его скорейшего возмещения. Наиболее распространенным способом решения этой проблемы является экзопротезирование груди, позволяющее быстрее образом восстановить эстетический и весовой дисбаланс, обусловленный хирургическим вмешательством. Постмастэктомический синдром представляет совокупность клинических проявлений в виде постмастэктомического дефекта, рубцовых изменений подмышечной области (контрактура плеча), брахиоплексита и отека верхних конечностей (лимфедемы). Устаревшие ортопедические воззрения о необходимости устранения весового дисбаланса после мастэктомии путем примитивного подбора экзопротеза с одинаковой массой в настоящее время признаны одной из причин развития постмастэктомического синдрома вследствие повышенной нагрузки на сосуды плеча. На базе ФГУ РНЦРР Росмедтехнологий по заданию Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию была выполнена научно-исследовательская работа на тему «Разработка и внедрение инновационных методов реабилитации женщин после комбинированного лечения рака молочной железы». В результате проведенных клиничко-физиологических исследований по оценке эффективности существующих и инновационных средств реабилитации были получены интересные результаты, которые легли в основу разработки новых методов профилактики и лечения постмастэктомического синдрома. Обычные силиконовые экзопротезы подбирают по размерам удаленной молочной железы и вкладывают в бюстгальтер. К сожалению, эти протезы имеют достаточно большой вес и при длительном ношении могут вызывать контактные дерматиты в месте соприкосновения с кожей. Из недостатков обычных силиконовых экзопротезов были отмечены:

1. Раздражающее механическое действие на постоперационный рубец.
2. Усиление физиологических выделений кожи под протезом.
3. Нарушение кровообращения от давления протеза и элементов крепления.
4. Ограничение активных движений туловища.
5. Прогрессирующее развитие постмастэктомического синдрома.

В ходе исследования выявлен эффект локального «разогрева» постоперационного поля и зоны рубца, который свидетельствует о крайне негативном влиянии традиционного силиконового экзопротеза на тепловой гомеостаз прооперированной зоны. Полученные результаты не могут не вызывать озабоченности данным фактом как с онкологических позиций, так и с точки зрения возможности прогрессирующего усиления роста келоидных рубцов и развития постмастэктомического синдрома. С нашей точки зрения, наиболее вероятным объяснением этого феномена является наличие в наружной оболочке протеза полиуретановой пленки, обладающей очень низкой теплопроводностью и, тем самым, «экранирующей» тепловое излучение кожи.

В качестве инновации немецкой фирмой AMOENA разработана современная технология, включающая «встраивание» в конструкцию силиконового экзопротеза молочной железы адгезивного силикона, обеспечивающего надежную фиксацию экзопротеза непосредственно к поверхности тела. Важным результатом проведенных европейских клинических исследований стала информация о возможности использования адгезивной экзоформы

не только в качестве косметического, но и лечебно – профилактического средства, препятствующего процессам фиброобразования и образования рубцов. Проведенные исследования показывают, что использование адгезивно-силиконовых протезов Amoena Contact способствует снижению температуры рубцовой зоны, что препятствует образованию келоидных рубцов, а также снижает вероятность развития постмастэктомического синдрома. Полученные данные позволяют рекомендовать адгезивно-корректирующий способ лечения рубцов как основу инновационного метода реабилитации женщин после комбинированного лечения рака молочной железы. Результаты клинических испытаний адгезивных экзоформ «Contact» свидетельствуют не только об отсутствии каких-либо аллергических проявлений, но и существенном ускорении эпителизации, уменьшении болевого синдрома (43%), снижении частоты развития лимфедэмы (60%). Продемонстрировано, что силиконовое покрытие адгезивного экзопротеза уменьшает процессы атрофии дермы и избыточного образования рубцов. Адгезивная система фиксации протеза непосредственно к поверхности грудной клетки обеспечивает оптимальное распределение веса протеза между телом и бюстгалтером. Этот экзопротез лучше облегает тело, более удобен при использовании, с большей точностью корректирует дефекты. С нашей точки зрения, весьма любопытным является тот факт, что частота навязчивых мыслей о пластической операции по восстановлению груди у женщин при ношении адгезивного экзопротеза снизилась до 56,0%. У 80 % пациенток адгезивная экзоформа ощущается как часть собственного тела. Основное требование к применению экзоформы «Contact» – это поддержание чистоты адгезивной поверхности и области кожи на которую его накладывают. Ношение экзоформы «Contact» показано спустя 6 месяцев после операции. Оптимальный срок ношения экзоформы 12 часов в сутки.

Предложенные стандарты послеоперационной реабилитации с использованием инновационных средств адгезивного экзопротезирования на базе специализированных кабинетов, позволят значительно улучшить качество жизни больных, способствуя их социальной и профессиональной реабилитации. Возвращение пациенток к нормальному образу жизни создаст существенный экономический эффект, поскольку грамотное вложение средств в систему реабилитации в многократном размере снижает затраты государства на нужды социального обеспечения инвалидизированных женщин.

## **РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЛУЧЕВЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОЖИ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Пасов В.В., Каплан М.А., Белая Н.С., Терехов О.В., Горанская Е.В.  
МРНЦ РАМН, г. Обнинск*

**Актуальность.** Оценить эффективность препарата «РЕКСОД» (супероксиддисмутаза) у больных лучевым фиброзом мягких тканей различной локализации с помощью микроволновой радиотермометрии.

**Материалы и методы.** Несмотря на улучшение условий проведения лучевой терапии сохраняется достаточно высокий процент лучевых поражений кожи и смежных органов. При увеличении суммарно-очаговой дозы процент поражений пропорционально возрастает. Была определена прямая зависимость возникновения поздних лучевых повреждений кожи от дозы ионизирующего облучения, проводимое больным при заболеваниях молочных желёз. Так, в структуре злокачественных опухолей у женского населения России рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место. Учитывая широкое применение лучевой терапии при лечении данной патологии и увеличение сроков жизни до 5-10 лет и более, удельный вес местных лучевых повреждений у пациенток, страдающих РМЖ, остается высоким. Необходимо помнить, что частота и тяжесть лучевых повреждений зависит от объема облученной ткани, источника и ритма облучения, разовой и суммарной очаговой дозы, повторных курсов лучевой терапии, а также индивидуальной чувствительности к ионизирующему излучению. Нами были исследованы 60 человек с лучевыми повреждениями кожи и подкожно-жировой клетчатки в 43,3% случаев проводилось лечение рака молочной железы. Повторная лучевая терапия проведена в 11,6% случаев, что было связано с рецидивом и прогрессированием рака молочной железы. В последние годы в отделении хирургического и консервативного лечения лучевых повреждений активно применяются супероксиддисмутаза (производитель ООО «РЭСБИО», Санкт-Петербург), в виде инъекций в область фиброза. Супероксиддисмутаза – антиоксидантное средство, является эндогенным акцептером свободных кислородных радикалов, избыточное накопление которых в клетке играет важную роль в развитии кислородзависимых патологических процессов: гипоксия, воспаление, интоксикация. Супероксиддисмутаза удаляет супероксидные радикалы и предотвращает образование новых более опасных для организма радикалов, а также предотвращает образование нейтрофилов, которые секретируют лизосомальные ферменты и разрушают близлежащие ткани. Рексод нормализует протекающие с участием свободных радикалов кислорода окислительные процессы и предупреждает окислительную модификацию белков, а также связанное с активацией перекисного окисления липидов разрушение биомембран клеток. В

качестве диагностических и контрольных мероприятий эффективности применения супероксиддисмутазы использовали микроволновую радиотермометрию на аппарате РТМ-01-РЭС с высокочастотным датчиком и помехозащищённой антенной. Он основан на неинвазивном измерении температуры внутренних тканей. Датчиком проводилось измерение области фиброза и контралатеральной стороны. Компьютерная программа оценивала результаты измерения температуры и давала заключение о тепловой активности тканей.

Методика лечения лучевых фиброзов мягких тканей включала применение препарата «РЕКСОД» в виде инъекций в область фиброза по всей площади. Содержимое флакона (8 мг) растворяли в 5 мл 2% лидокаина с последующим обкалыванием области фиброза. Инъекции выполнялись в течение 5 дней. Одновременно внутривенно вводились сосудистые препараты – пентоксифиллин 100 мг или актовегин 10,0 мл (10 дней). Терапевтическая эффективность оценивалась с учётом динамики клинической симптоматики (чувствительность, цвет кожи, тургор тканей), субъективных ощущений и на основании дополнительных методов исследования, указанных выше.

**Результаты и выводы.** При проведении микроволновой радиотермометрии оценивались колебание внутренней и наружной температуры в области фиброза до лечения и через 3 месяца после лечения супероксиддисмутазой. Статистический анализ продемонстрировал достоверное увеличение показателей внутренней температуры кожи и подкожно-жировой клетчатки: до лечения 34,3-35,00, после – 35,5-36,00 и поверхностной температуры: до – 32,2-33,00, после – 33,5-34,00, что говорит об улучшении кровообращения в области фиброза. Таким образом, препарат «РЕКСОД» значительно повышает эффективность комплексных мероприятий у больных с местными лучевыми повреждениями.

## **РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ**

*Золотова В.И., Хатырев С.А.*

*НУЗ «Центральная поликлиника ОАО РЖД», г. Москва*

**Актуальность.** Рост заболеваемости и смертности от меланомы кожи (МК) неуклонно увеличивается во всем мире. Несмотря на то, что на долю меланомы приходится около 4% в структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи, показатели смертности при МК составляют приблизительно 80% среди всех злокачественных опухолей кожи.

Одной из основных проблем, с которой сталкиваются онкологи, дерматологи и врачи поликлинического звена при диагностике новообразований кожи, является обращение пациентов к специалистам на поздних стадиях течения заболевания. Ситуация усугубляется тем, что точность клинической диагностики МК врачами первичного звена при первичном обращении составляет 30%, причем наибольшее число ошибок допускается при диагностике поверхностно распространяющейся формы.

**Цель исследования.** Оценить информативность неинвазивного диагностического метода дерматоскопии при меланоме и раке кожи.

**Материалы и методы.** Нами проанализированы результаты клинико-диагностического и патоморфологического исследований 72 пигментированных новообразований кожи у 30 пациентов в возрасте от 20 до 68 лет (19 женщин и 11 мужчин), получавших хирургическое лечение. Анализ всех пигментированных новообразований кожи на дооперационном этапе включал сбор анамнестических данных, опрос согласно тестовой системе Glasgow по 7-ми симптомам, а также правилу ABCD, предложенному Фридманом (R. Fridman) в 1985 г. При обследовании пациентов с 2010 г. применяется метод медицинской визуализации пигментированных новообразований кожи: поверхностная эпифлюоресцентная микроскопия – дерматоскопия. При проведении дерматоскопического исследования из общепринятых дифференциально-диагностических алгоритмов: дерматоскопический алгоритм (Pattern analysis) (H. Pehamberger, 1987), дерматоскопическое правило ABCD (W. Stolz, 1994), дерматоскопическое правило Menzies (S. Menzies, 1996) и дерматоскопическое «правило 7 признаков» (G. Argenziano, 1998) мы проводили диагностику согласно последнему правилу.

Все образования после радикального оперативного вмешательства были верифицированы после гистологического исследования. Дерматоскопическое исследование проводилось на аппаратуре: дерматоскоп HAINЕ (Германия) DELTA 20, цифровой зеркальный фотоаппарат Canon EOS 500D и фотоадаптер HAINЕ DELTA 20/ Canon. Используемая тестовая система Glasgow по 7-ми симптомам для пигментированных образований: 1 – изменение размеров, 2 – изменение контуров, 3 – изменение цвета, 4 – воспаление, 5 – мокнущая или кровоточащая поверхность, 6 – субъективные ощущения в области образования, 7 – наибольший размер измерения (более 7мм).

Скрининговая система ABCD отражает наличие следующих симптомов: пигментированного новообразования

А – асимметрия образования, В – неровные границы, С – полихромность, Д – горизонтальный размер в наибольшем измерении (более 6мм).

**Результаты.** У 28 из 30 пациентов в поликлинических условиях произведено хирургическое вмешательство в объеме иссечения образования в пределах визуально неизмененных тканей с последующим гистологическим исследованием. Гистологические результаты 72 пигментных новообразований кожи были следующими. Меланоцитарные новообразования кожи: меланома – 2, пограничный невус – 4, сложный (смешанный) невус – 32, внутридермальный невус – 11, голубой невус в 3 наблюдениях. Немеланоцитарные новообразования кожи: базальноклеточный рак – 4, гемангиома – 3, себорейный кератоз 13 случаев.

У 2 из 30 пациентов при клиническом наблюдении отмечено изменение размера, цвета и формы пигментированного новообразования в области кожи левой стопы и на коже нижней трети передней поверхности правого бедра.

Дерматоскопическое исследование новообразований с использованием дерматоскопического «правила по 7 признакам» (G. Argenziano, 1998) – большие дерматоскопические признаки: бело-голубая вуаль (2 балла), малые – нерегулярные точки/глобулы (1 балл), участки регрессии (1 балл). При суммировании баллов общий дерматоскопический индекс (ОДИ) составил 3 условные единицы, что является нижней границей для выявления меланомы с чувствительностью 95% и специфичностью 75%

При анализе дерматоскопии удалось заподозрить у 2-х пациентов МК, которые были направлены в специализированное отделение стационара для оперативного лечения. При гистологическом исследовании диагноз меланомы был подтвержден.

**Заключение.** Таким образом, данные анамнеза, клиническая картина и использование неинвазивного диагностического метода – дерматоскопии, позволяют повысить диагностику ранних стадий меланомы и рака кожи.

## **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА МЕЛАНОМЫ КОЖИ**

*Макимова Н.А., Пржедецкий Ю.В., Позднякова В.В.*

*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский институт» Минздравсоцразвития России,*

*г. Ростов-на-Дону*

**Актуальность.** В ряде случаев диагностика меланомы кожи представляет определенную трудность, несмотря на применение комплекса предоперационных исследований. Большинство рутинных диагностических приемов являются инвазивными, что может повлечь за собой диссеминацию опухолевых клеток. Ультрасонография и доплерометрия используются в онкологической практике довольно давно, но точкой их приложения являются метастазы меланомы кожи, а не первичная опухоль. Ультразвуковой метод является доступным, абсолютно безвредным, допускающий многократное применение в процессе мониторинга и скрининга пигментных образований кожи. По литературным данным, специфичность метода ультразвуковой диагностики составляет 75,4%, чувствительность – 100 %, точность – 92,7 %. Предоперационное определение толщины меланомы кожи при помощи ультрасонографии позволит до оперативного вмешательства стадировать опухоль и определить дальнейшую лечебную тактику. Отмечена сильная корреляционная связь между данными ультразвуковой томографии и гистологическим заключением (критерий Breslow) с коэффициентом корреляции более 0,97.

**Материалы и методики.** В данное исследование вошли 28 больных, страдающих узловой (15), а также начальными стадиями узловой неизъязвленной формой меланомы кожи (13) в возрасте от 24 до 62 лет с распространенностью процесса pT1-3NO-2MO (по данным последующего гистологического заключения), которым была проведена ультразвуковая томография с целью предоперационной дифференциальной диагностики и стадирования процесса. Размер образований варьировал от 7 до 35 мм в максимальном измерении. С целью сравнения результатов была обследована контрольная группа из 17 пациентов, имеющих меланоцитарные и беспигментные невусы внешне схожих характеристик. Исследования кожных образований проводили на аппарате «HDI-4000» (ATL, USA) линейным поверхностным широкополостным мультисекторным (кожным) датчиком СL 7-15 МГц в режимах серошкальной эхографии (В-режим), цветового и энергетического Допплера (ЦДК, ЭДК). Измерялись линейные размеры образования в трех проекциях, толщина кожи, размеры интрадермального и субкутанного компонентов образования. При ЦДК и ЭДК оценивались качественные и количественные параметры гемодинамики образования (сосудистый рисунок, количество и тип сосудов, скорость кровотока в различных участках опухоли – применялась методика мультилокусной доплерометрии). При необходимости объем диагностической ультразвуковой томографии расширялся применением трехмерной реконструкции изображения в опции цветофильтрации – для уточнения ориентации в локализации образования относительно к толщине кожи

и мягким тканям, а также трехмерной статической и динамической ангиографией сосудистой сети образования в горизонтальной или вертикальной позициях.

- Результаты.** Проведенные сонно-доплерографические томографические исследования позволили утверждать, что:
1. для большинства пациентов 16 (94,1%) с доброкачественными образованиями (невусами кожи) характерен аваскулярный тип изображения в режимах ЦДК и ЭДК;
  2. для большинства узловых форм меланом кожи 12 (92,3%) характерна патологическая гиперваскулярная ангиоархитектоника в центральных и периферических зонах с разветвленной сосудистой сетью. Типичным изображением в режиме ЭДК и трехмерной ангиографии являлся ультразвуковой признак, отмеченный нами как «древовидная разветвленная сеть»: в основании образования имелась «сосудистая ножка» переходящая в «крону» – множественные сосуды разнокалиберных диаметров с патологическими анастомозами и псевдопульсацией. Для большинства узловых форм меланом кожи 11 (84,6%) характерно наличие патологической низкорезистентной артерио-артериальной ангиоархитектоники (значение индекса периферического сосудистого сопротивления было меньше 0,5; диапазон колебаний составил 0,2-0,48) – данный доплеровский признак с нашей точки зрения является специфическим;
  3. для узловой формы меланомы специфических доплерографических признаков выявлено не было, все образования были с уплощенной формой и характеризовались «аваскулярным» контрольным доплеровским объемом, что свидетельствует о высоком риске диагностической ошибки в дифференциации доброкачественных образований кожи и поверхностно-распространяющейся или лентиго-формы меланомы;
  4. трехмерные реконструкции в режиме 3D angio power способствуют выявлению дополнительных качественных характеристик сосудистого русла, что значительно повышает точность метода при злокачественном опухолевом поражении кожи.

## **ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ КОЖИ: АНАЛИЗ ОШИБОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ**

*Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Астраханцев А.Ф., Цалко С.Э., Мазурова М.П.,  
Котова О.Е., Прилепо В.Н., Чочуа Г.А.  
МГМСУ, кафедра онкологии и лучевой терапии*

**Актуальность:** Флуоресцентное исследование является высокоинформативным неинвазивным методом диагностики опухолей кожи. Вместе с тем, как показывают данные ранее проведенных нами исследований, результат флуоресцентной диагностики в 1,7–22% наблюдений может быть ошибочным. Знание причин, имеющих следствием ошибочный результат, позволит избегать повторения ошибок в будущем.

**Цель исследования:** выявить наиболее значимые причины ошибочных результатов флуоресцентной диагностики опухолей кожи.

**Материалы и методы:** анализировали 56 клинических наблюдений: 20 наблюдений пигментных опухолей кожи и 36 наблюдений беспигментных опухолей кожи, при которых результат флуоресцентного исследования новообразований не совпадал с данными морфологического исследования тех же образований после их удаления.

**Результаты:** Из 20 наблюдений пигментных опухолей кожи мы в 15 наблюдениях получили ложноотрицательный результат (меланома кожи ошибочно расценена как доброкачественный невус) и в 5 – ложноположительный результат (доброкачественная опухоль ошибочно расценена как меланома кожи). Наибольшее количество ложноотрицательных результатов мы получили при исследовании опухолей, расположенных на коже головы и шеи. Показатель соотношения интенсивности клеточной пролиферации в образованиях и окружающей неизменной коже, по данным флуоресцентного исследования, имел значения ниже порогового (30%), что не позволило нам расценить указанные опухоли как меланому. Однако при морфологическом исследовании удаленных опухолей была верифицирована меланома кожи. Мы считаем причинами ложноотрицательных результатов следующие факторы: наличие в коже головы и шеи большого количества сальных желез, совокупный показатель интенсивности флуоресценции которых искажает истинную флуоресцентную картину поверхности опухоли; глубокое залегание меланомы в дерме, преобладание вертикального размера над горизонтальным и толщина опухоли при указанной локализации. При исследовании кожи конечностей, шеи, вследствие естественной округлости поверхности данных областей тела, нам не всегда удавалось строго выдержать перпендикулярное направление пучка лазерного излучения, что также, возможно, привело к ошибочным результатам. Наибольшее число ложноположительных результатов мы получили при диагностике гемангиом кожи. Мы объясняем это интенсивным поглощением возбуждающего лазерного излучения гемоглобином крови, в результате чего соотношение пролиферации в окружающей неизменной коже и опухоли превышает пороговое. Среди пигментных невусов кожи, флуоресцентное

исследование которых имело ложноположительный результат, преобладают невусы сложного строения с папилломатозной поверхностью. При диагностике беспигментных опухолей кожи, в частности базальноклеточного рака, в 31 наблюдениях был получен ложноотрицательный результат, в 5 – ложноположительный. Причиной ложноотрицательных результатов мы считаем снижение показателя интенсивности флуоресценции в опухоли из-за центрального некроза опухоли, а также низкой общей пролиферативной активности опухоли у пожилых больных, при исследовании опухолей у которых было получено наибольшее количество ложноотрицательных результатов. Когда мы исследовали участки кожи после удаления очага базальноклеточного рака кожи при подозрении на рецидив базалиомы, ложноотрицательный результат был обусловлен залеганием основной массы рецидивной опухоли в толще дермы, что не позволило зарегистрировать пролиферацию клеток на всей площади поверхности опухоли. Ложноположительные результаты мы наблюдали в случаях, когда после удаления очага базальноклеточного рака формировались гипертрофические и келоидные рубцы, наличие которых было подтверждено морфологическим исследованием.

## **МНОГОЭТАПНАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ**

***Конопацкова О.М., Букина Ю.В.***

***ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского» Росздрава, г. Саратов***

Увеличение числа больных меланомой кожи является истинным и не связано с улучшением диагностики. Онкологам хорошо известно, что клинический диагноз меланомы поставить легко только в ее запущенной стадии. При этом клинициста сейчас не устраивает только сам факт верификации. Диагностика меланомы представлена многообразными способами. Однако расширение аспектов наиболее информативных методик, особенно в плане поиска возможностей их применения не только на этапах клинического обследования, но и в процессе операции, всегда актуально.

**Цель исследования.** Показать информативность и целесообразность многоэтапной морфологической диагностики при меланоме.

**Материалы и методы.** Проведен сравнительный анализ результатов цитологического и гистологического методов у больных меланомой кожи. Всего обследовано 200 больных. Чаще меланома была у женщин (70%). Возраст больных – от 22 до 90 лет. Средний возраст составил 53 года у мужчин и 51,8 лет у женщин. Во всех случаях получена гистологическая верификация диагноза. На коже туловища опухоль локализовалась у 134 человек (61%), на конечностях – у 86 пациентов (39%). Материал для цитологического исследования получали при диагностической пункции опухоли, увеличенных лимфатических узлов. Цитологические препараты готовили также из соскобов и отпечатков с изъязвленных поверхностей, с разрезов тканей во время операции. Интраоперационно уточняли степень местного распространения меланомы, уровень метастазирования и контролировали абластичность. Дальнейшее уточнение особенностей заболевания проводилось при гистологическом исследовании. Таким образом, при многоэтапном морфологическом контроле формируется полное представление об опухолевом процессе.

**Результаты исследования.** Результаты цитологического исследования были сопоставлены с гистологическим. Из 200 больных, которым на этапе клинического обследования цитологически был поставлен диагноз меланомы, интраоперационно и после операции гистологически диагноз подтвержден у 191 человека (95,5%). Гипердиагностика отмечена у 9 человек – 4,5%. Совпадение цитологического заключения по гистотипу с данными гистологов установлено у 195 человек (97,5%), в основном, при эпителиоподобном и веретенноклеточном типах. Процент совпадения при определении метастазов в лимфатические узлы цитологически (до- и интраоперационно) с гистологическим методом равен 98,6. При установлении характера внутритканевого распространения клеток меланомы во время операции цитологическим методом ни в одном наблюдении не констатировано выхода клеток меланомы за пределы визуальных ее границ. При контроле абластичности операции по краям резецированного лоскута в 3 (1,5%) наблюдениях найдены клетки меланомы. Об этом было сразу доложено оперирующему хирургу и произведено дополнительное иссечение краев раны. После повторного контроля на абластичность клетки меланомы не обнаружены. Гистологическое исследование в этих случаях не выполнялось.

Таким образом, морфологический метод в диагностике и лечении больных меланомой кожи применяется многоэтапно. Это позволяет с достаточно высоким процентом совпадения судить не только о характере процесса, но и влиять на объем хирургического вмешательства. Оба метода являются высоко информативными, не требующими больших экономических затрат.



## **ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ КОЖИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ХАРАКТЕРА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ**

**Баннова А.В.**

*ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Росздрава, г. Саратов*

Меланома занимает особое место среди других злокачественных опухолей кожи. Стабильность излечения и продолжительность жизни пациентов зависят от многих факторов. Немаловажное значение имеет адекватный выбор тактики лечения больного. Существуют определенные Международные стандарты по оперативному лечению меланомы. Основные рекомендации касаются границ отступа от опухоли. В настоящее время четко показано, что широкое иссечение (4-5см от краев опухоли) не улучшает ни ближайших, ни отдаленных результатов лечения. Таким образом, на этапе планирования объема резекции тканей важно учесть не только размер, но и локализацию первичной опухоли, так как на различных участках тела толщина кожи различна.

**Цель исследования:** показать целесообразность учета топографо-анатомических особенностей строения кожи при планировании объема оперативного вмешательства у больных меланомой кожи туловища и конечностей.

**Материалы и методы.** Материалом исследования послужили данные о 220 больных меланомой кожи туловища и конечностей I–III стадий, находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии и онкологии за период с 2001 по 2005 гг. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от локализации патологического процесса. Основную группу составили пациенты с меланомой кожи туловища – 134 человека (61%), группу сравнения – пациенты с меланомой кожи, локализуемой на конечностях – 86 человек (39%). У больных обеих групп была подсчитана средняя толщина кожи на участках тела, соответствующих наиболее частой локализации меланомы: живот, грудная клетка, спина, плечо, предплечье, бедро. Для измерения толщины кожи использовался метод калиперометрии. Измерение производилось с помощью калипера Харпендена. Погрешность определения толщины складки не превышает 0,2мм, а максимальная измеряемая толщина составляет 55мм. Все больные оперированы и диагноз верифицирован. Выполнялось иссечение опухоли с окружающими тканями с последующей пластикой образовавшегося дефекта свободным кожным лоскутом. Отступ от границ опухоли определялся в зависимости от полученных при измерении толщины кожи результатов.

**Результаты исследования.** Средняя толщина кожи с подкожной клетчаткой (в мм) среди наиболее частых локализаций меланомы туловища и конечностей: живот – 12,6; грудная клетка – 3,3; спина – 4,6; плечо – 3,2; предплечье – 2,1 мм; бедро – 3,5 мм. Больным из основной группы выполнено иссечение опухоли с отступом от визуальных границ 2 см. Больным группы сравнения – широкое иссечение с отступом 4-5 см. Провели контроль чистоты линии резекции с помощью гистологического исследования. Во всех случаях по линии резекции опухолевых клеток не найдено. У больных обеих групп толщина опухоли по Breslow существенно не отличалась: 2,6 мм и 2,4 мм, соответственно. После патоморфологического исследования препаратов выявлено преобладание IV стадии у больных основной группы и IIА стадии у больных группы сравнения. В последующем пациенты наблюдались в течение 5 лет. Рецидив заболевания отмечен в основной группе у 4 пациентов (14,8%), в группе сравнения у 2 человек (14,3%). Отдаленные метастазы выявлены у 2 больных основной группы и 1 пациента группы сравнения (7,4% и 7,7%, соответственно).

**Заключение.** Измерение толщины кожи у больных меланомой кожи туловища и конечностей с помощью калиперометрии является важным этапом предоперационного стадирования, позволяя уменьшить объем оперативного вмешательства без риска ухудшения отдаленных результатов.

## К ВОПРОСУ О ПРОГНОСТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ «СТОРОЖЕВОГО» ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ

*С.А. Хатырев Т.К. Харатишвили, А.Д. Рыжков, С.В. Ширяев, М.Д. Алиев*  
*РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва*

**Актуальность.** Меланома кожи – злокачественная опухоль нейроэктодермального происхождения, на ранних стадиях своего развития может быть полностью излечена хирургическим методом. Прогноз заболевания принципиально меняется при появлении метастазов в лимфоузлах ближайшего регионарного коллектора.

**Материалы и методы.** В хирургическом отделе общей онкологии НИИ КО ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН проводится изучение частоты поражения регионарного лимфатического коллектора с использованием аппарата Gamma Finder II. В исследование включено 60 пациентов с первичной меланомой кожи. Пациентов женского пола было 39(65%), мужского-21(35%). На туловище опухоль локализовалась в 28 случаях (46,7%), верхних конечностях – в 15(25%), нижних конечностях – в 17(28,3%).

**Результаты исследования.** Всем пациентам выполнено иссечение первичной опухоли и выполнена биопсия «сторожевого» лимфоузла. После гистологического исследования толщина меланомы до 1 мм наблюдалась в 12 (20%), от 1,01 до 2,0 мм – 15(25%), от 2,01 до 4,0 мм – 15(25%), от 4,01 мм и более – 18(30%) случаях. Изъязвление первичной опухоли выявлено у 40 (66,7%) пациентов, не было изъязвления у 20 (33,3%). Метастазы в «сторожевых» лимфоузлах выявлены в 10 (16,6%) случаях, реактивная гиперплазия – у 40(66,8%), липоматоз – 10(16,6%). Размеры метастазов в «сторожевых» лимфоузлах не превышали 1 мм. Локализация метастаза в лимфоузле была следующей: подкапсульно – 8 (80%) случая, в центральной части – 2(20%) наблюдений. Всем пациентам выполнена лимфаденэктомия. После гистологического исследования в 1 (10%) наблюдении выявлено поражение не «сторожевого» лимфоузла.

**Выводы.** Биопсия «сторожевого» лимфоузла в настоящее время является обязательной к выполнению при удалении первичной меланомы кожи, позволяет более точно определить стадию заболевания, оценить прогноз и назначить адекватное лечение. При подтверждении поражения «сторожевого» лимфоузла необходимо выполнение лимфаденэктомии.

## ЦИФРОВАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА МЕТАСТАЗОВ В ОРГАНАХ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ

*Афанасова Н.В., Дегтярев В.А., Прошина Ю.В.*  
*Медицинский радиологический научный центр РАМН, г. Обнинск*

Заболеваемость меланомой кожи имеет устойчивую тенденцию к постоянному росту (Лемехов В.Г., 2001.). В момент установления диагноза у 2/3 больных выявляется локо-регионарная форма диссеминации, а у 1/3 – органые метастазы. Вопрос лучевой диагностики метастатического поражения различных органов при 3-4 стадии этого заболевания остается актуальным.

Целью настоящего исследования явилось изучение рентгенологических проявлений метастатического процесса в самой легочной ткани, плевре и лимфатических узлах грудной полости.

Проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов цифровой рентгенографии (ЦР) с динамическим клинико-рентгенологическим наблюдением в процессе комплексного лечения на протяжении 5-10 лет у 288 больных меланомой кожи. Рентгенография органов грудной полости выполнялась на установке ТУР Д 800-4. Технические условия: kv- 50-65; mas- 130-150. Цифровая обработка рентгенограмм осуществлялась на установке «Комплекс AD (Бельгия)». У 50 больных результаты ЦР были сопоставлены с данными спиральной компьютерной томографии (СКТ).

Из общего количества больных диссеминированная меланома кожи определена у 139 (48,3%). Метастазы в регионарных лимфатических узлах обнаружены у 134 (96,4%), а в органах грудной полости у 84 (60,4%) больных. Метастазы в самой легочной ткани выявлены у 77 (55,4%) больных.

Детальный анализ данных ЦР показал, что у 50 из 77 пациентов (64,9%) метастазы в легочной ткани были изолированными, располагались субплеврально на неизменном легочном фоне в виде округлых образований различной величины и количества. В 27 случаях (35,1%) имело место сочетанное вовлечение в метастатический процесс: стромы легкого (лимфангиоз); близко расположенной к метастазам плевры;

регионарных висцеральных (бронхопульмональных лимфатических узлов и лимфатических узлов задних отделов переднего средостения).

Изолированное поражение плевры (инфильтраты, экссудат) и париетальных лимфатических узлов (загрудинных) наблюдается редко.

Большинство исследователей считают, что метастазы в легких при меланоме кожи являются гематогенными. Злокачественные клетки попадают в легочную ткань с током крови по системам нижней и верхней полых вен в правую половину сердца и легочную артерию, несущую венозную кровь. (Русьняк И., Фелди М., Сабо Д., 1957 г.) Мы разделяем эту точку зрения, считая, что в органах грудной полости имеет место венозная фаза гематогенного периода диссеминации.

Выявленные при ЦР особенности сочетанного вовлечения в метастатический процесс легочной ткани, стромы легкого, висцеральных лимфатических узлов средостения и плевры свидетельствуют о наличии контактно-лимфогенного пути распространения метастатического процесса в органах грудной полости. Этот путь распространения детально описан Розенштраухом Л.С. и соавт., 1978.; Webb W.R., 1989; Тюриным И.Е., 1998. Результаты наших исследований подтверждают также данные Наумова Г.И., 1991, о том, что метастазы в легочной ткани в отдельных случаях могут вести себя как самостоятельные злокачественные опухоли, приобретая инфильтративный рост.

Таким образом, метастатическое поражение органов грудной полости при диссеминированных формах меланомы кожи могут носить как изолированный, так и сочетанный характер.

## БИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И МЕТОДИКА ЛАЗЕРНОГО ФЛУОРЕСЦЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

*Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Цалко С.Э., Решетов Д.Н., Мазурова М.П.  
Московский государственный медико-стоматологический университет,  
кафедра онкологии и лучевой терапии (зав. каф. д.м.н., проф. Вельшер Л.З.)*

**Цель работы:** биологическое обоснование и описание методики лазерного флуоресцентного исследования.

Опухолевая ткань отличается интенсивным делением клеток и дефектностью метаболизма. Для осуществления процессов митоза и обмена опухолевой клетки требуется количество субстрата, во много раз большее, чем при делении нормальных клеток. В опухолевой клетке накапливается большое количество различных химических веществ. Особый интерес представляют белки и их метаболиты так как белковый обмен является ведущим процессом в самом клеточном метаболизме и, особенно, в делении клетки.

При делении клетки особое место (помимо обмена нуклеотидов) занимает обмен порфиринов – белков, необходимых для построения и функционирования митохондрий и энергетического обеспечения клетки, необходимого для ее деления. К наиболее известным порфиринам относятся гемоглобин, миоглобины, цитохромы, каталазы и др. Опухолевой клетке требуется огромное количество энергии, поэтому содержание порфиринов в ней будет намного превосходить содержание таковых в нормальной клетке.

При облучении порфиринов лазерным излучением с длиной волны 635 нм в условиях *in vivo* и *in vitro* порфирины испускают интенсивное флуоресцентное свечение, которое регистрируется светочувствительными приборами и отображается на проекционной аппаратуре.

Поглощение исходного лазерного излучения и испускание флуоресцентного излучения обусловлено наличием в химической структуре молекул эндогенных порфиринов двойных связей (метенильных мостиков –  $\text{HC}=\text{C}$ ), при окислении которых под воздействием исходного лазерного излучения испускается квант света. Поэтому если при облучении исследуемой ткани регистрируется интенсивное флуоресцентное излучение (свечение) в какой-то ее области, это является признаком интенсивного клеточного деления и подтверждает предположение об опухолевом росте в данной ткани.

В своей повседневной клинической практике мы осуществляем лазерное флуоресцентное исследование при помощи диагностического комплекса ЛВА – 1 (лазерный видеоанализатор – 1). В состав комплекса входят источник лазерного излучения, спектрально-селективная регистрирующая камера, цифровая фотокамера, процессор для обработки полученных сигналов, а также персональный компьютер, при помощи которого осуществляется регистрация, анализ и хранение информации по каждому клиническому наблюдению.

Для исследования не требуется специальной подготовки пациента, время исследования одного объекта не превышает 1 минуты.

На первом этапе мы создаем протокол лазерного флуоресцентного исследования, в который вносим паспортные данные пациента, данные о локализации исследуемого образования, анамнез заболевания.

После этого выполняем фотографирование интересующего нас участка ткани в видимом свете, цветное изображение сохраняем в базе данных и фиксируем в протоколе.

Флуоресцентное исследование осуществляем в затемненном помещении. Производим облучение участка ткани лазером, одновременно регистрируем ответное флуоресцентное излучение. Двухмерное флуоресцентное изображение поверхности исследованного участка ткани фиксируем в базе данных и в протоколе исследования.

Осуществляем измерение интенсивности флуоресцентного сигнала в опухоли и окружающей визуально неизмененных тканей и рассчитываем разницу показателей интенсивности. Полученное значение соотносим с интенсивностью флуоресценции окружающей неизменной ткани и результат сравниваем с пороговой величиной, определенной нами эмпирическим путем на основании многолетнего опыта исследований.

Заключение лазерного флуоресцентного исследования базируется на значениях показателя интенсивности флуоресцентного излучения поверхности опухоли, окружающей ткани, а также их соотношении.

Окончательная оценка достоверности лазерного флуоресцентного исследования осуществляется путем сравнения результата последнего с данными морфологического исследования того же образования, выполненного после его удаления.

## **ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРВИЧНОЙ И МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ**

***Филинов В.Л., Сдвижков А.М., Борисов В.И.***

***Онкологический клинический диспансер № 1 Департамента здравоохранения г. Москвы***

Меланома кожи – опухоль с вариабельным и зачастую непредсказуемым клиническим течением. Меланома – составляет 10% всех злокачественных опухолей кожи, ежегодный прирост заболеваемости составляет 5%. Средний показатель заболеваемости меланомой кожи в странах Евросоюза составляет 10 случаев на 100 000 в год. Смертность составляет 2 на 100 000 человек у мужчин, и 3 на 100 000 человек у женщин, в год («ESMO-2009»). Заболеваемость меланомой кожи в России неуклонно растет в последние десятилетия. Локальная меланома не является болезнью с однозначно плохим прогнозом. Первичная меланома кожи резистентна к химиотерапии и лучевой терапии. Основным методом лечения хирургический – иссечение опухоли в пределах здоровых тканей. Максимальное расстояние линии резекции от края опухоли не превышает 3 см. Более широкое иссечение не влияет на отдаленные результаты лечения больных (ESMO-2009). В настоящее время фотодинамическая терапия (ФДТ) из статуса клинических исследований вышла на уровень традиционных методов лечения. Сегодня ФДТ позволяет, в ряде случаев, проводить радикальное лечение онкологических больных. Основа метода: способность злокачественной опухоли накапливать фотосенсибилизатор в большей степени, чем здоровые ткани. Локальное лазерное облучение вызывает повреждение опухоли: цитотоксический эффект, тромбоз кровеносных сосудов в зоне облучения, стимуляция локального и общего противоопухолевого иммунитета. Результат – избирательный некроз опухоли. ФДТ не имеет серьезных побочных реакций и позволяет проводить лечение больных при наличии выраженной сопутствующей патологии. Меланома накапливает фотосенсибилизатор в достаточном количестве для проведения ФДТ.

В ОКД №1 ФДТ проведена 18 больным с морфологически верифицированным диагнозом меланомы кожи в стадии T2-4,Nx,M0. Возраст больных от 67 до 86 лет. Опухоли были различного размера: от 1,5 до 4 см. в наибольшем измерении, в 8-ми случаях – плоские, в 10-ти случаях - экзофитные. Локализация меланомы: кожа головы, тела, конечностей. Всем больным было отказано в хирургическом лечении в связи с выраженной сопутствующей патологией (основные: остаточные нарушения ОНМК, постинфарктный кардиосклероз, мерцательная аритмия, стенокардия напряжения, сахарный диабет и др.). Использовался фотосенсибилизатор – Фотосенс, производства ФГУП «ГНЦ «НИОПИК», позволяющий проводить пролонгированное лазерное облучение в течение 5 – 10 дней и более.

Применялось дистанционное и неинвазивное контактное облучение (патент № 2275945 от 19.11.04). Дистанционное облучение проводилось на опухоль и окружающую кожу на расстоянии более 3 см от края опухоли. Контактное облучение предполагало воздействие на глубину не менее 1 – 1,5 см. Курс лечения от 5 до 10 дней. Полный терапевтический эффект – полная регрессия опухоли имела у 89% больных, частичная – в 11% случаев. У 16 больных с полной регрессией опухоли сроки наблюдения составили от 1 года до 5 лет. При проведении ФДТ осложнений и обострения сопутствующей патологии у больных не было.

Хирургическое удаление первичной меланомы кожи не исключает развитие местных рецидивов и транзиторных метастазов, которые обычно выявляются в период от 6 до 20 месяцев после операции и составляют 7–11%. Системное традиционное противоопухолевое лечение в случае прогрессирования процесса позволяет добиться полной регрессии у 10–23% больных в зависимости от применяемых химиопрепаратов и схем ПХТ (ASCO-2008). Эффективность иммунотерапии не превышает 10–15%. Таким образом, лечение больных с метастазами меланомы представляет не менее трудную проблему, чем лечение больных первичной меланомой кожи. Хирургическое удаление солитарных метастазов, в ряде случаев, увеличивает продолжительность жизни пациентов. Дистанционная

и неинвазивная контактная ФДТ является дополнительным методом лечения больных с внутрикожными и подкожными метастазами меланомы. По результатам клинических исследований в рамках Московской научной Программы эффективность дистанционной ФДТ с препаратом Фотосенс при внутрикожных метастазах меланомы не превышает 36% полной регрессии опухолей. В 30% имеется частичная регрессия, 18% – стабилизация и в 16% – прогрессирование процесса. В случае подкожных метастазов меланомы дистанционная ФДТ не эффективна. В ОКД №1 ФДТ проведена 38 больным с метастазами меланомы в кожу и подкожную клетчатку. Возраст больных от 41 до 86 лет. Сопутствующая патология не явилась противопоказаниями для проведения ФДТ. Все метастатические опухоли были множественными. Локализация опухолей: кожа головы, туловища, конечностей. Размер метастатических опухолей был от 0,3 до 2 см, локализация – внутрикожная и подкожная. Площади локализации метастатических опухолей: от 10x10 см до поражения всей поверхности конечности. В связи с выявленными метастазами больным проводилась, по показаниям, химио- и/или иммунотерапия. ФДТ проведена в связи неэффективностью проводимой терапии или невозможностью проведения системной терапии по наличию сопутствующей патологии. ФДТ проводилась с использованием фотосенсибилизатора Фотосенс. Применялось дистанционное и неинвазивное контактное облучение. Курс лечения в среднем составил 7–10 дней. В результате ФДТ полная регрессия всех внутрикожных и подкожных метастатических опухолей имела в 26% случаев, частичная – в 48% случаев, в 26% случаев имела стабилизация процесса, прогрессирования не отмечено. Сроки наблюдения от 1 года до 8 лет. Длительность ремиссии при частичной регрессии опухолей составила от 6 до 45 месяцев (в среднем 12 мес.). Длительность ремиссии в случае стабилизации процесса была от 2 до 6 месяцев (в среднем 4 мес.).

**Заключение:** ФДТ с использованием отечественного фотосенсибилизатора Фотосенс и методик дистанционного и неинвазивного контактного лазерного облучения является эффективным методом лечения больных первичной и метастатической меланомой кожи.

## **НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ПАРАТУМОРАЛЬНАЯ АУТОПЛАЗМОХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ**

*Позднякова В.В., Пржедецкий Ю.В., Розенко Л.Я., Франциянц Е.М.*

*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России,  
г. Ростов-на-Дону*

**Актуальность исследования.** Исходя из совокупности знаний о росте и распространении меланомы кожи (МК), на сегодняшний день основным методом лечения первичной опухоли и метастазов в регионарных лимфатических узлах является хирургическое вмешательство. Отмечено, что в преобладающем большинстве случаев МК имеет безудержную тенденцию к быстрому распространению, т.е. напоминает по сути системное заболевание. Имеющиеся в литературе данные указывают на необходимость использования химиотерапевтической защиты организма в неoadьювантном варианте.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 86 больных МК II-III стадии разделенных на две группы. Основную группу составили 41 больной, которым в неoadьювантном периоде применялась паратуморальная аутоплазмохимиотерапия (ПАПХТ), дистанционная гамма-терапия (ДГТ) на первичный очаг меланомы кожи и зоны регионарного метастазирования и 3-4 курса адьювантной полихимиотерапии (АТ). Вторая группа – контрольная из 45 больных получала 3-4 курса АТ и ДГТ. АТ осуществлялась через 2 недели после операции.

Методика ПАПХТ заключалась в том, что больным вводили в подкожно-жировую клетчатку, непосредственно под очаг злокачественного роста, под контролем УЗИ химиопрепараты, предварительно инкубированные с плазмой крови (цисплатина 10 мг, метотрексат 25 мг, циклофосфан 600 мг). В этот же день начинали сеансы ДГТ в очаговой дозе 2,4 Гр в течение 10 дней. Всего проводили 2 аналогичных курса ПАПХТ с интервалом в 5 дней. Через два дня после окончания неoadьювантного химиолучевого лечения больные подвергались оперативному лечению в объеме широкого иссечения первичного очага с одним из вариантов пластического укрытия дефекта. Через 2 недели после операции проводили 5 курсов АТ (дакарбазина 1000 мг, метотрексат 50 мг, винкристина 2 мг)

**Результаты.** При оценке непосредственных результатов паратуморального введения химиопрепаратов на аутосредах мы использовали объективные и субъективные критерии. К субъективным критериям были отнесены уменьшение или прекращение зуда, снижение болевого синдрома. К объективным критериям: уменьшение первичной опухоли в размерах, уплощение, сморщивание, прекращение кровоточивости, снижение интенсивности окраски образования. Эти изменения наблюдались с 5-6 дня после начала лечения. Общая 5-летняя выживаемость в контрольной группе составила  $53,52 \pm 5,0\%$ , а после комплексного лечения с применением в неoadьювантном режиме ПАПХТ –  $71,36 \pm 5,5\%$ . Безрецидивная 5-летняя выживаемость в контрольной группе составила  $41,4 \pm 5,4\%$ ,

в основной – достигла  $65,3 \pm 5,8\%$ . Показатели бессобытийной выживаемости в контрольной группе составили  $18,35 \pm 3,8$ , после ПАПХТ –  $36,8 \pm 5,9\%$  ( $p < 0,01$ ).

Улучшение результатов лечения нам представляется как сочетание различных лечебных факторов, заключающихся в повышении противоопухолевой активности химиопрепаратов после их предварительной инкубации с аутоплазмой, депонировании их в зоне активного роста злокачественного очага, сенсбилизацию опухолевых клеток к действию ионизирующего излучения, а также неспецифической стимуляции иммунитета больных антигенами распадающейся опухоли.

Таким образом, использование в комплексном лечении меланомы кожи неoadьювантной ПАПХТ позволило увеличить продолжительность жизни больных; достигнуть большего процента регрессии опухоли, уменьшить количество местных рецидивов. Все вышесказанное можно объяснить тем, что метод оказывает выраженное воздействие на лимфатический и кровеносный коллектор, снижая вероятность появления регионарных и отдаленных метастазов, а также воздействует на первичный очаг, предотвращая диссеминацию опухолевых клеток во время операции.

## **ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ**

*Проф. Е.Ф. Странадко*

*ФГУ «Государственный научный центр лазерной медицины ФМБА России»*

В настоящее время фотодинамическая терапия (ФДТ) признана альтернативным методом лечения злокачественных новообразований наряду с хирургическим, лучевым методом и химиотерапией.

ФДТ – это локо-регионарный органосохраняющий метод лечения различных заболеваний и, прежде всего, злокачественных опухолей. Суть метода заключается в том, что фотосенсибилизатор, селективно накапливающийся в тканях с повышенным метаболизмом, активируется путем локального облучения патологически измененных тканей светом с длиной волны, соответствующей длинноволновому пику поглощения фотосенсибилизатора. Возникающая в присутствии кислорода тканей фотохимическая реакция вызывает генерацию синглетного и других активных форм кислорода, губительно действующих на опухолевые клетки, что приводит к резорбции опухоли. Действие активных форм кислорода проявляется путем прямого цитотоксического повреждения опухолевых клеток или путем деструкции питающих опухоль кровеносных сосудов. Кроме того, в процессе ФДТ развивается целый каскад иммунологических реакций, а продукты деградации опухоли под влиянием ФДТ, по экспериментальным данным, действуют как специфическая противоопухолевая вакцина. На сосудистый механизм приходится около 60% противоопухолевого действия ФДТ, на прямое цитотоксическое действие – около 30 % и на иммунные механизмы – чуть больше 10 %. Следует заметить, что в последние годы иммунным механизмам уделяется все большее внимание, а их роль в фотодинамическом повреждении опухолей признается все более значительной.

ФДТ открывает широкие возможности для различных лечебных воздействий радикального и паллиативного характера, когда другие методы лечения себя уже исчерпали или вообще не применимы.

Наш опыт ФДТ базируется на лечении более 1500 больных злокачественными новообразованиями различных локализаций.

Наиболее доступными для ФДТ являются опухоли наружных локализаций. При раке кожи эффективность ФДТ близка к 100 %, а число рецидивов после ФДТ на протяжении 5-7-летнего периода наблюдений, по нашим данным, не превышает 7% даже при лечении пациентов с множественными очагами рака и рецидивами после традиционных методов лечения.

**Целью данного исследования** явилась возможность проведения и оценка эффективности ФДТ меланомы кожи.

Меланома – это самая агрессивная злокачественная опухоль, частота которой постепенно увеличивается, а методы лечения далеко не всегда оказываются эффективными.

В ГНЦ Лазерной медицины ФДТ проведена 18 больным с различными клиническими вариантами меланомы: у 10 больных была первичная меланома, у 3 – рецидивы меланомы и у 5 – множественные внутрикожные метастазы меланомы. Среди этих 18 больных у 1 первичная меланома сочеталась с метастазами в легких и у 2 больных – рецидив с локальной диссеминацией. 14 курсов ФДТ проведено с Фотосенсом, 4 – с Фотогемом, 12 – с Фотодитазином и 4 – с Фосканом. Одной больной с множественными метастазами меланомы кожи голени после широкого хирургического иссечения, резистентными к полихимиотерапии, с повторными эпизодами локальной диссеминации на протяжении более 6 лет проведено 15 курсов ФДТ с резорбцией метастатических очагов меланомы после каждого курса длительностью до 6 месяцев без каких-либо побочных эффектов и осложнений. Одному больному с множественными внутрикожными метастазами меланомы, резистентными к полихимиотерапии, проведено 3 курса ФДТ.

Полная резорбция первичной меланомы имела место у 10 больных со сроками наблюдения от 6 месяцев до 12 лет. У 2 больных с внутрикожными метастазами тоже удалось получить полную резорбцию на срок до 6 месяцев с повторением курсов ФДТ и с переводом в последующем на другие варианты лечения. У двух больных с рецидивом меланомы и локальной диссеминацией удавалось воздействовать только на рецидивный очаг, поэтому мы трактуем результат как частичный эффект. У 4 больных отмечена частичная резорбция опухолей и они подверглись хирургическому иссечению или химиоиммунотерапии.

Таким образом, полученные результаты говорят о высокой эффективности ФДТ первичных меланом кожи, а использование ФДТ при внутрикожных метастазах меланомы ведет к хорошему паллиативному эффекту с увеличением продолжительности жизни этой тяжелой категории больных.

## **АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ**

*Белушенко Н.В.*

*ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им.В.И.Разумовского» Росздрава, г. Саратов*

В связи с постоянным ростом числа больных базальноклеточным раком кожи, большим процентом (20,2%) опухолей размером более 5см, а, главное, склонностью данного заболевания к местным рецидивам, возникает необходимость выработки схемы индивидуального подхода диагностики и лечения.

**Цель исследования.** Установление оптимальных путей диагностики и лечения базальноклеточного рака кожи в амбулаторных условиях.

**Материал и методы.** На обследовании находилось 142 пациента. Преобладали женщины в возрасте старше 60 лет (58%). Диагноз у всех верифицирован морфологически. Схема обследования: визуально-пальпаторная оценка, включающая трехмерное измерение очага; термографическая диагностика с оценкой степени терморазогрева и его площади; морфологическая верификация. В целом время постановки диагноза – не более 40 минут. Затем выполнялось хирургическое иссечение.

**Результаты исследования.** При выборе объема иссечения ориентировались на размер очага, локализацию, форму роста, зону терморазогрева. Операция выполнялась стандартно - под местной анестезией. Линия разреза кожи проходила на расстоянии 0,5-1,0 см от визуальных границ очага. Толщина блока не менее 0,5 см. Гистологический вариант базальноклеточного рака не имел значения для выбора объема операции и не коррелировал с ее клинической формой. Все больные прослежены в течение 6 лет. За это время не установлено ни в одном наблюдении местного рецидива. Этот факт мы связываем с тем, что линии разрезов проводили четко по зонам терморазогрева на термограммах.

**Выводы.** Простая система диагностики позволяет в короткий срок поставить диагноз и начать лечение. Уточнение клинико-морфологических и термографических параметров дают возможность индивидуализировать не только подход к определению плана лечения, но и значительно уменьшить процент местных рецидивов.

## **РЕДКИЕ ФОРМЫ МЕЛАНОМЫ: МЕЛАНОМА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА, ПОЛОСТИ НОСА**

*Решетов И.В., Маторин О.В., Арутюнян Л.С., Корицкий А.В.*

*МНИОИ им П.А.Герцена*

Существенно реже, чем меланома кожи, встречается меланома слизистой полости рта, полости носа (менее 1%). Известно, что, несмотря на единый гистогенез, опухоли различной органной принадлежности имеют ряд особенностей в силу специфического топографо-анатомического расположения очага.

За период с 2000 по 2010 год в клинику обратились 16 больных с жалобами на меланому слизистой. Возраст пациентов колебался от 27 до 64 лет. Очаги меланомы локализовались на слизистой верхней губы – 1, слизистой твердого неба – 5, альвеолярный отросток нижней челюсти – 3, слизистая полости носа – 6. На дооперационном этапе у трех больных диагноз верифицирован морфологически: десмопластическая нейротропная меланома,

эпителиоцелочная пигментная меланома, в одном случае выполнена тотальная биопсия- инфильтративный рост веретеночелочной пигментной меланомы. С целью диагностики и распространенности опухолевого процесса использовались современные методы обследования КТ, МРТ томография, в том числе и методика ФДТ диагностики. Признаков генерализации опухолевого процесса не выявлено. Во всех случаях выполнены хирургические вмешательства в объеме блоковых резекций, часть с пластикой: в 2 – микрохирургическая, в 1 – лоскут на сосудистой ножке (большая грудная мышца), в 2 – местными тканями. В нескольких случаях послеоперационное поле было дополнительно обработано с использованием методики РЧА. В послеоперационном периоде всем больным проводилась иммунохимиотерапия, в одном случае в сочетании с фотодинамической терапией. На основании нашего опыта клинических наблюдений и лечения меланом слизистой полости рта, мы можем отметить ряд особенностей течения заболевания (в сравнении с меланомами кожи): 1. Время появления первых метастазов при рецидивирующем течении превышает аналогичный период, чем при меланоме кожи, и может занимать до нескольких лет 2. Безрецидивный период при клинически радикальном хирургическом лечении составлял от полугода до 2-х лет 3. По нашим наблюдениям, метастазы в регионарные лимфоузлы встречались редко, в основном метастазирование шло по пути генерализации процесса. 4. Отмечено, что течение меланомы слизистой (эпителиоцелочной, веретено клеточной) ближе по характеру аналогичным меланомам кожи, тогда как десмопластическая меланома течет более по пути обширного местного распространения и редко метастазирует, возможно это связано с образованием изначально нескольких очагов опухоли.

**Заключение:** для редких форм меланомы (меланома слизистой и десмопластическая меланома) в настоящее не разработана единая классификация в связи с отсутствием критериев оценки опухолевого поражения, что требует обсуждения. Основной план лечения – хирургический. Целесообразность выполнения лимфадессекции и ее объем необходимо обсуждать.

## **СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

*Решетов И.В., Маторин О.В., Корицкий А.В.  
МНИОИ им П.А.Герцена*

Меланомы в области кожного покрова головы и шеи составляют по данным различных авторов от 22 до 46% всех меланом. Мы располагаем опытом лечения 50 пациентов с локализацией меланомы кожи в области головы и шеи. Из них 24 – женщины и 26 – мужчины.

Основным методом лечения остается хирургическое иссечение. Как для первичной опухоли, так и для лечения рецидивов выполняется иссечение опухоли. Опухоль удаляют вместе с прилежащим участком внешне неизменной кожи в зависимости от стадии на расстоянии от 1 см. до 2-3 см. Вместе с опухолью удаляют подкожную клетчатку до **апоневроза** или **фасции** подлежащей **мышцы** с одномоментной пластикой. В нашем отделении для закрытия послеоперационных дефектов после широкого иссечения используется обширный список лоскутов, как перемещенных, так и свободных на сосудистой ножке. Для закрытия кожно-фасциальных дефектов области скальпа чаще всего используются скользящие лоскуты после предварительной префабрикации лоскута с использованием тканевых эспандеров (в области непораженных участков скальпа). Для закрытия комбинированных дефектов лицевой области нами используются микрохирургические свободные лоскуты – лучевой кожно-мышечный лоскут, кожно-мышечный торако-дорзальный лоскут, кожно-мышечный-серозный лоскут из волокон прямой мышцы живота. В некоторых случаях для небольших дефектов с целью предотвращения рубцовых деформаций можно использовать свободную расщепленную дерму (с передней брюшной стенки, плеча, бедра). При подтверждении III уровня инвазии по Кларку (клиническое подозрение или морфологическая верификация) необходимо выполнять биопсию сторожевого лимфоузла с использованием красящих лимфотропных препаратов или радиоизотопов. При гистологически подтвержденной 4 и выше уровня инвазии целесообразно выполнять широкое иссечение первичного очага с дополнительной резекцией подлежащей мышечной ткани или проведение РЧА ложа удаленного препарата + необходимо выполнять полную шейную лимфодиссекцию (1-5 группы) с дополнительным удалением лимфоузлов и клетчатки впередишной области и затылочной группы лимфоузлов.

**Заключение:** общие принципы лечения меланомы кожи области головы и шеи соответствуют подобным при других локализациях, однако стоит отметить, что ввиду сложного топографо-анатомического расположения очагов поражения в большинстве случаев после широкого иссечения требуется выполнения реконструктивных операций. Также стоит внимательно относиться к удалению лимфоузлов при глубоких формах меланомы.



## ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

*Ермаков А.В.*

*МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва*

За последние годы отмечен стремительный рост случаев меланомы кожи в разных странах мира, в том числе и в России, где абсолютное число впервые выявленных случаев с 1982 г. выросло в 2,3 раза. Следует отметить, что среди всех злокачественных опухолей кожи меланома занимает особое место. Так, составляя структурно не более 10% от всех форм злокачественных опухолей кожи, она ответственна за 80% смертей, приходящихся на группу злокачественных опухолей кожи.

Несмотря на то, что меланома относится к опухолям визуальной локализации, у значительной части пациентов, заболевание диагностируется уже при глубоком уровне инвазии и часто при наличии регионарных метастазов, что требует сложного комплексного лечения.

Ранняя диагностика опухолей кожи во многом зависит от того, насколько серьезно сам больной относится к своему здоровью, от степени его осведомленности и интеллекта, а также от квалификации врача, к которому он обратился за помощью, и степени его онкологической настороженности. Почти у 1/3 больных с меланомой кожи к моменту госпитализации в стационар уже имеются регионарные метастазы, что было связано в ряде случаев с диагностическими ошибками, отсутствием у врачей достаточных онкологических знаний. Гипердиагностика меланомы при распознавании опухолей кожи на догоспитальном этапе обследования указывает на опасения врачей ошибиться с диагнозом. Ошибки возникающие при диагностике меланомы, обусловлены многими объективными причинами, и прежде всего с несвоевременной консультацией у онколога, отсутствием цитологического исследования отпечатков с поверхности опухоли.

При анализе истории болезней 125 больных с меланомой кожи, находившихся на лечении в отделении общей онкологии МНИОИ им. П.А. Герцена, большинство из них (79%) были в социально активном возрасте от 30 до 50 лет. Сами обнаружили опухоль 89,6% больных, при профилактических осмотрах она выявлена у 7,2%, при обследовании врачами разных специальностей по поводу других заболеваний – у 3,2%. Более половины больных, которые сами обнаружили опухоль, обратились к врачу спустя 12-36 месяцев, когда размеры достигали 2-3 см в диаметре. Основными причинами потери времени при самообнаружении опухоли у наблюдавшихся нами больных являлись неосведомленность о характере заболевания (75,8%), семейные обстоятельства и занятость на работе. Установлено, что за 6 месяцев опухоль увеличилась в 2 раза у 39,4 % больных, за 6-12 месяцев — у 17,4%, более чем за 12 месяцев – у 36,4%. Эти данные свидетельствуют о длительном, в течение нескольких лет, клиническом течении меланомы и о том, что за это время диагноз заболевания мог быть без труда установлен у многих пациентов.

Важным фактором раннего распознавания меланомы кожи является самодиагностика по типу широко рекламируемого в изданиях по санитарному просвещению самообследования. Несмотря на продолжающееся увеличение заболеваемости меланомой во многих странах, прогноз при этом заболевании стал лучше благодаря более раннему выявлению опухоли.

В профилактике меланомы большое значение имеет своевременное выявление предмеланомных поражений кожи, основные из которых – так называемые диспластические меланокитарные невусы (ДМН), представляющие собой атипические варианты обычных меланометарных невусов с явлениями внутриэпидермальной дисплазии. Согласно данным литературы, диспластические меланокитарные невусы встречаются примерно у 2-3% всего населения земного шара и у 1/3 больных с меланомой, поэтому лиц с ДМН следует относить к группе риска развития меланомы.

При локализации опухоли на малодоступных для самообследования местах больные обращаются к врачу поздно. Больные с прогностически неблагоприятной узловой формой меланомы чаще замечают ее сами и быстро обращаются за медицинской помощью. Пациенты, мало осведомленные о меланоме и ее лечении, как правило, обращаются к врачу позднее лиц, информированных об этой патологии. Вопреки ожиданиям, больные, недооценивавшие серьезность своего заболевания, обычно рано являлись к врачу, по-видимому, с целью уменьшить чувство беспокойства.

У больных с поверхностно-распространяющейся и особенно узловой формами меланомы установлена статистически значимая прямая корреляционная зависимость времени обращения к врачу и выживаемости от таких прогностических параметров, как уровень инвазии опухолевых клеток в дерму по Кларку и толщина опухоли по Бреслоу. В настоящее время придается большое значение тому, что злокачественная лентиго-меланома и поверхностная распространяющаяся меланома в течение нескольких лет могут находиться в преинвазивной стадии. Уровень выживаемости при злокачественной меланоме кожи во многом зависит от уровня ее инвазии или от толщины первичной опухоли, выражаемой в миллиметрах. Следовательно, ранняя диагностика злокачественной меланомы кожи крайне важна для ее иссечения и возможной патогистологической идентификации с целью предотвращения ее инвазии в глубокие подкожные слои.

Как заключительный этап диагностики необходимо производить биопсию опухоли. Согласно исследованиям Национального института здоровья (США), ни один из методов хирургического лечения при пигментированных образованиях кожи и слизистых оболочек не должен проводиться без документальной верификации диагноза онкологом. Таким образом, любое новообразование, манифестирующее как меланома, должно быть подвергнуто биопсии с последующим лечением.

## ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ

**Ермаков А.В.**

**МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва**

Меланома кожи считается злокачественной опухолью с вариабельным и зачастую непредсказуемым клиническим течением, тем не менее локальная меланома кожи не является болезнью с однозначно плохим прогнозом. В то же время результаты лечения меланомы кожи нельзя признать удовлетворительными, поскольку пятилетняя выживаемость в среднем составляет не более 50%. Несмотря на значительный прогресс в изучении перспективных направлений лечения меланомы, таких как иммунотерапия и вакциноterapia, основным методом лечения в настоящее время остается хирургический. Стойкое излечение после хирургического иссечения первичного очага опухоли на ранних стадиях развития может быть достигнуто у 80-90% больных. С другой стороны, стандартная операция по удалению локальной инвазивной меланомы кожи далеко не всегда гарантирует больному возможность длительной безрецидивной выживаемости, под которым понимается не только отсутствие местного рецидива, но также и отдаленных метастазов.

В настоящее время лечение больных с первичной меланомой преимущественно хирургическое: иссечение первичной опухоли. Нет единого мнения о влиянии профилактического удаления регионарных лимфатических узлов на течение болезни. Breslow и Macht показали, что ограниченное иссечение опухоли эффективно только в том случае, если ее толщина составляет 0,75мм и менее. Случайное, недостаточно продуманное оперативное вмешательство обычно не сопровождается эффектом. Из подозрительного пигментированного очага необходимо получить биоптат для того, чтобы установить доброкачественную или злокачественную природу изменений. Простая маргинальная биопсия, при которой иссекают узкую полоску опухоли, относится к методу выбора, однако приемлем также метод трепанации или рассечения, причем выбор того или иного метода материала зависит от обстоятельств и квалификации врача. Результаты четко спланированных исследований в отношении эффективности иссечения регионарных лимфатических узлов при злокачественной меланоме вряд ли свидетельствуют о его эффективности в отношении увеличения сроков выживаемости больного.

Хирургическое вмешательство при лентиго-меланоме не должно быть чрезмерно радикально и травматично, при ней рекомендуется только щадящее краевое иссечение опухоли в пределах 1см от края. Данные гистологического исследования основываются на определении уровня инвазии меланомы и устанавливается стадия меланомы кожи. Толщина первичной опухоли измеряется по вертикали с помощью светового микроскопа, снабженного окуляр-микрометром, и если она составляет менее 0,85мм, прогноз заболевания благоприятный, если же толщина превышает 3,65мм, то крайне высок риск рецидивов и летального исхода. В настоящее время разработан более детальный метод прогнозирования, он связан с толщиной слоя первичной меланомы кожи.

Уровень инвазивности классифицируется на основании анатомической структуры меланомы:

I – внутриэпидермальный атипизм меланоцитов- эти гистологические признаки, а также атипизм меланоцитов или выраженная внутри-эпидермальная гиперплазия меланоцитов позволяют диагностировать меланому *in situ*;

II – опухоль инвазирует сосочковый слой, но не распространяется на ретикулярный;

III – опухоль полностью инвазирует сосочковый слой и распространяется по нему, но не затрагивает ретикулярный слой;

IV – опухоль пенетрирует в ретикулярный слой дермы;

V – опухоль распространяется на подкожную жировую клетчатку.

Основные рекомендации по хирургическому иссечению первичной меланомы касаются границ отступа от опухоли. В тех анатомических областях, где слой подкожно-жировой клетчатки выражен незначительно, нет необходимости иссекать глубокую фасцию, а также нижележащую мышечную или костную ткань. В настоящее время четко показано, что широкое иссечение (4-5 см от краев опухоли) не улучшает ни непосредственных, ни отдаленных результатов лечения.

Для меланомы *in situ* адекватным является отступ до 0,5-1см, при предполагаемой толщине опухоли до 1 мм отступ составляет 1 см, при толщине опухоли 1-4 мм – 2 см. При первичных опухолях с выраженной инвазией (более 4 мм толщиной) может быть рекомендован отступ, превышающий 2 см.

Долгое время оставался нерешенным вопрос целесообразности выполнения профилактических лимфодиссекций у больных меланомой кожи без клинически определяемых метастазов в регионарные лимфатические узлы. Проведенные клинические исследования не показали какого-либо позитивного эффекта профилактической лимфаденэктомии на общую выживаемость больных, в связи с чем рутинное выполнение таких операций не рекомендуется и считается ошибочным.

В настоящее время широко разработано новое направление в тактике хирургического лечения больных с первичной меланомой кожи без клинических признаков поражения регионарных лимфатических узлов. В основе методики лежит представление о том, что отток лимфы, а следовательно, и миграция опухолевых жмболов от первичной опухоли всегда осуществляется через так называемый сторожевой, или первый на пути к регионарной зоне лимфатический узел. Локализация этого узла не является анатомически детерминированной. Она может быть какой угодно и определяется при проведении лимфосцинтиграфии. Для определения возможных путей лимфогенного метастазирования и сторожевых лимфатических узлов больным за 2–24 часа до операции по

периметру опухоли вводят лимфотропный радиофармпрепарат, который избирательно через лимфатические капилляры проникает в лимфатические узлы и накапливается в них. Оценка состояния регионарных лимфатических коллекторов и поиск сторожевых лимфатических узлов проводится посредством обзорной сцинтиграфии с использованием стационарного компьютерного гамма-томографа до операции и портативного гамма-сканера во время операции. При иссечении первичной опухоли одновременно удаляется также и сторожевой лимфатический узел, являющийся, по сути, «ловушкой» для мигрирующих клеток опухоли. Затем он подвергается тщательному гистологическому исследованию, от результатов которого зависит дальнейшая тактика лечения. В случае выявления в сторожевом лимфатическом узле метастазов меланомы больному выполняется стандартная лимфаденэктомия зоны регионарного метастазирования. В ходе многочисленных клинических исследований продемонстрирована высокая точность обнаружения сторожевого лимфатического узла.

При наличии метастазов в лимфатических узлах (N1–2) стандартом лечения считают широкое иссечение первичной опухоли в сочетании с регионарной лимфаденэктомией. В настоящее время не существует стандартной адъювантной терапии для пациентов с высоким риском рецидива заболевания. Адъювантная иммунотерапия высокими дозами интерферона приводит только к значимому увеличению безрецидивной выживаемости, но не влияет на общую выживаемость больных. Результат подобной терапии должен быть сбалансирован с токсичностью, обусловленной данным лечением. Адъювантная иммунотерапия другими цитокинами с включением интерлейкина-2, вакциноterapia и иммунохимиотерапия являются спорными лечебными подходами, которые не рекомендуются использовать вне клинических исследований.























