

2) группа Б (с дикарбамином), пациенты получали химиотерапию по тем же схемам на фоне перорального приема дикарбамина 100 мг в сутки на протяжении всего курса лечения. Антиэметики и сопроводительная терапия назначались в соответствии со стандартами.

Гематологическая токсичность оценивалась по критериям ВОЗ. Клинический анализ периферической крови у больных в каждой группе проводили в 1, 8, 15 и 22 дни каждого курса химиотерапии. Выраженность побочных эффектов оценивалась по критериям СТСАЕ v.3.0.

Результаты и обсуждение.

15 больных в группе А (контроль) получили 38 курсов химиотерапии (в среднем по 2,5 курса на пациента), гематологическая токсичность была оценена по результатам 38 курсов. В группе Б (с дикарбамином) 21 пациент получил 47 курсов ХТ (в среднем по 2,2 на пациента), оценены 47. Сводные данные по всем больным показали статистически достоверные отличия между показателями нейтропении в двух группах сравнения. Это проявлялось уменьшением частоты возникновения нейтропении III-IV степени ВОЗ в 3,1 раз (12,8% против 39,4% в группе сравнения); лейкопении III-IV степени ВОЗ в 2,8 раз (13,2% против 4,8% в группе сравнения), увеличение числа случаев, где количество нейтрофилов не снижалось (78,7% против 50 % в группе А). Кроме того, отмечена тенденция к сокращению срока восстановления количества лейкоцитов до нормы при циклах ХТ, проведенных с дикарбамином, по сравнению с контрольными. Случаев фебрильной нейтропении в группе Б (с дикарбамином) зарегистрировано не было, колониестимулирующие факторы не применялись, при токсичности III-IV степени курс лечения откладывался на 3-5 дней, редукции дозы цитостатиков не было. Тогда как, в группе А (контроль) было 2 эпизода фебрильной нейтропении, купированные применением колониестимулирующих факторов. Также необходимо отметить, что в группе А, в связи с нейтропенией III-IV степени были отложены курсы лечения на 7-10 дней, и производилась редукция дозы химиопрепаратов. Побочные эффекты дикарбамина у пациентов в группе Б зарегистрированы не были. Общее состояние (статус ECOG) и качество жизни пациентов при лечении дикарбамином не менялось и было удовлетворительным.

По данным клинических исследований в ведущих онкологических центрах дикарбамина снижает количество случаев лимитирующей нейтропении в 2,5 раза.

Общие данные по частоте развития нейтропении III-IV степени в группе с дикарбамином, полученные нами, несколько выше показателей

полученных ранее, что возможно, объясняется меньшей выборкой.

Заключение.

Результаты проведенного нами исследования показали, что применение дикарбамина у больных, получавших таксансодержащие схемы ХТ, вызывает уменьшение лимитирующей нейтропении в 3,1 раз по сравнению с контрольной группой и позволяет сократить сроки восстановления лейкопоза до нормы, что в свою очередь, способствует возможности проводить ХТ в планируемые сроки и с должной интенсивностью.

Немаловажным фактом является хороший профиль безопасности дикарбамина и удобство применения в амбулаторных условиях, что способствует снижению случаев госпитализации, сохранению работоспособности и улучшению качества жизни пациента.

РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ТКАНЕВЫМИ ЭКСПАНДЕРАМИ И ЭНДОПРОТЕЗАМИ ПРИ РАКЕ

*А.Г. Синяков, Н.М. Ясков,
Ю.И. Гольдман, О.Н. Царёв*

Тюменский ООД

Уже более 20 лет рак молочной железы (РМЖ) является самой частой злокачественной опухолью у женщин в России.

Традиционная радикальная мастэктомия (РМЭ) ведет к тяжелому косметическому дефекту и, как следствие, к серьезной психической травме. По этой причине онкологи, занимающиеся хирургическим лечением РМЖ, всё чаще стремятся к выполнению органосохраняющих и реконструктивно-пластических операций. Такие вмешательства, не ухудшая прогноз, значительно повышают качество жизни пациенток.

Для выполнения органосохраняющей операции - радикальной резекции молочной железы (РР) необходимо наличие нескольких условий, которые мы находим сегодня не более, чем у 30% пациенток.

Операции по реконструкции молочной железы после мастэктомии стали широко применяться с 70-х годов прошлого века. Сегодня в ряде клиник Европы и Америки удаление молочной железы сопровождается её реконструкцией в 70-80 % случаев. По виду применяемого пластического материала различают:

1. Реконструкцию молочной железы искусственными материалами (экспандер, перманентный экспандер, эндопротез).

2. Реконструкцию собственными тканями пациентки (например, торакодorzальный и TRAM - лоскуты).

3. Комбинированную реконструкцию (когда вместе применяются имплант и тканевый лоскут).

По срокам проведения операция может быть одномоментной (первичная пластика) и отсроченной. В зависимости от количества вмешательств, необходимых для получения удовлетворительного косметического результата, реконструкция может быть одноэтапной или состоять из нескольких этапов.

В последнее время растёт качество и доступность экспандеров и эндопротезов, увеличивается их ассортимент. Операции с использованием искусственных материалов значительно менее травматичны. Они всё чаще проводятся сразу после мастэктомии, т.е. выполняется первичная пластика молочной железы. Тканевые лоскуты начинают больше применяться при комбинированных и повторных реконструкциях.

Данная тенденция прослеживается и по результатам работы отделения онкологии № 1 Тюменского областного онкологического диспансера.

С марта 2009 по ноябрь 2010 года нами 32 пациенткам выполнено 36 реконструктивно-пластических операций при раке молочной железы. В 29 из них использованы экспандеры и эндопротезы. Только одна из этих операций была отсроченной и заключалась в двухэтапном эндопротезировании с укрытием импланта торакодorzальным лоскутом, т.е. использован комбинированный метод реконструкции. 4 операции явились вторым этапом двухэтапной реконструкции. В 18 случаях реконструкция была одноэтапной и в 7 двухэтапной (3 больным 2й этап будет проведен позже).

Для достижения симметрии и хорошего косметического результата этим же 25 больным выполнено 8 аугментаций эндопротезами, 10 редукционных пластик и мастопексий на контралатеральной молочной железе.

В 4 случаях мы встретились с осложнениями, ни одно из которых не привело к удалению импланта. В одном наблюдении клиника воспаления появилась через 4 недели после радикальной кожесохранной мастэктомии, первичной пластики перманентным экспандером «Becker-35». Свищ имел микроскопические размеры. Через маленький разрез в удалённой от экспандера части подмышечной области капсула импланта дренирована. На фоне общего и местного лечения, ежедневной санации капсулы воспаление купировано, экспандер «спасён». Во втором случае воспалительный процесс развился вокруг

выносного инъекционного порта экспандера – эндопротеза Беккера. Воспаление купировано после удаления порта, сам имплант сохранён. Дважды имели место гематомы после подкожной мастэктомии с эндопротезированием в раннем послеоперационном периоде. Выполнены эвакуации гематом, заживление первичным натяжением.

Интересно отметить, что в двух случаях, при генетически обусловленном наследственном раке, нами выполнено удаление и контралатеральной молочной железы. В одном наблюдении имела место её гипертрофия, во втором выраженная кистозная мастопатия. В первом случае простая мастэктомия и первичная реконструкция выполнена одномоментно с отсроченной пластикой на стороне, где за 2 года до этого произведена РМЭ. Второй пациентке удаление обеих молочных желёз и первичная реконструкция выполнены во время одной операции.

Выводы:

1. Многочисленными исследованиями доказано, что реконструктивно-пластические операции не уменьшают продолжительность жизни больных РМЖ. Они не препятствуют онкологическому радикализму вмешательства и значительно улучшают качество жизни пациенток.

2. В Тюменском ООД успешно внедряются новые подходы к хирургическому лечению РМЖ.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ХИРУРГИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Г.Н. Стрижаков, А.Н. Демаков, Е.В. Корчагин

Хакасский ГУ им. Н.Ф. Катанова, г. Абакан
Онкологический диспансер, г. Абакан

Молочная железа для женщины неразрывно связана с понятием привлекательности, сексуальности, оказывает влияние на качество жизни, ассоциируется с функцией материнства. Хирургический компонент в лечении рака молочной железы долгое время был единственной составляющей и не позволял сохранять пораженную молочную железу, тем самым предопределял психологические, семейные, социальные проблемы. Современное понимание онкогенеза рака молочной железы делает возможным применение органосохраняющей и реконструктивной хирургии, несмотря на агрессивность течения заболевания.

Целью настоящего исследования явилось изучение непосредственных и отдаленных