

АОЗ клеток. Мембранотоксическое действие приводит к изменению водо- и электролитовыделительной функции почек.

**ВЛИЯНИЕ  
КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ  
ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ,  
ОБЪЁМА ХИРУРГИЧЕСКОГО  
ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
И НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ  
НА ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ  
ПОСТМАСТЕКТОМИЧЕСКОЙ  
ЛИМФОРЕИ**

М.Н. Добренький, Е.М. Добренькая  
ГОУ ВПО «Астраханская государственная  
медицинская академия»  
Астрахань, Россия

В последние годы интенсивно разрабатываются альтернативные подходы в лечении рака молочной железы (РМЖ), целью которых является выполнение органосохраняющих, функционально щадящих и реконструктивно-пластических операций в чисто хирургическом варианте или в сочетании с лучевой и/или химиогормонотерапией.

Обязательным компонентом комбинированного и комплексного лечения рака молочной железы является хирургический этап. Одним из постоянных и неизбежных осложнений хирургического лечения РМЖ является лимфорея. Скопление лимфы в ране в значительных количествах может вызвать целый ряд местных осложнений: расхождение краёв раны, некроз кожных лоскутов, инфицирование раны. Лимфорея может продолжаться от нескольких часов до нескольких месяцев, ухудшая качество жизни, удлиняя период реабилитации, способствуя развитию поздних послеоперационных осложнений.

В связи с этим нами поставлена цель: изучить влияние возраста, массы тела, неoadьювантной терапии (дистанционной гамма-терапии, химиотерапии) и объема хирургических вмешательств на прогнозирование течения постмастэктомической лимфореи у больных РМЖ.

В исследование включено 296 больных РМЖ в возрасте от 30 до 77 лет (медиана – 53,2 года), находившихся на лече-

нии в маммологическом отделении областного онкологического диспансера г. Астрахани. Все больные были распределены на 3 группы: первую группу составили 130 больных получавших на первом этапе хирургическое лечение; вторую группу составили 107 больных, которым в предоперационном периоде проведено от 2-х до 4-х курсов неoadьювантной химиотерапии; третью группу составили 59 больных, которым в предоперационном периоде проведена лучевая терапия (35 – в режиме классического фракционирования и 24 – в режиме крупного фракционирования дозы).

Методика предоперационного облучения в режиме классического фракционирования заключалась в следующем: облучали всю молочную железу и зоны регионарного лимфооттока. Использовали 4 поля: два тангенциальных на молочную железу (внутреннее и наружное), одно фигурное на над-, подключичную и подмышечную области и парастернальное. Разовая очаговая доза (РОД) в каждой зоне составила 2 Гр, суммарная очаговая доза (СОД) – 40-45 Гр за 4-5 недель. Предоперационная лучевая терапия в режиме крупного фракционирования – облучение молочной железы: РОД 5 Гр, 5 фракций до СОД 25 Гр (экв. 40 Гр); облучение подключично-подмышечной зон: РОД 4 Гр, 6 фракций до СОД 24 Гр (экв. 35 Гр). Сеансы облучения проводились на гамматерапевтических аппаратах «Рокус-АМ» и THERATRON Elite80.

Неoadьювантная химиотерапия проводилась по схемам CMF или CAF в стандартных режимах от 2-х до 4-х курсов в зависимости от стадии заболевания. С учётом распространённости процесса выбирался объём радикальных оперативных вмешательств: радикальная резекция молочной железы, модифицированные мастэктомии по Маддену, Пейти-Диссону и мастэктомия по Холстеду.

Степень ожирения рассчитывали по весоростовому коэффициенту (Крофт в сантиметрах–100). По этому признаку все больные были распределены на 3 группы: 1 группа – с нормальной массой, 2 группа – превышающей до 10кг, 3 группа – свыше 10 кг. Больные всех 3-х групп скорректи-

рованы по возрасту, массе тела и объёму оперативных вмешательств.

Проводили подсчёт количества лимфы, выделенной в послеоперационном периоде по дренажам (в вакуум-банке) и эвакуированной при пункции, учитывалась продолжительность лимфореи в днях.

Как показали результаты исследования, объём и длительность лимфореи зависели от характера выполненного оперативного вмешательства (табл. 1).

Средний объём лимфы после радикальной резекции молочной железы составил 1590 мл, при средней длительности лимфореи – 17 дней. Наибольший средний объём лимфы отмечен после радикальной мастэктомии по Пейти-Диссону – 2111 мл при длительности лимфореи 19 дней. После радикальной мастэктомии по Маддену – 1614 мл и 18 дней, после операции Холстеда – 1417 мл и 20 дней.

Таблица 1

Средние показатели объёма и длительности лимфореи в зависимости от характера выполненной операции		
Вид оперативного вмешательства	Количество лимфы (в мл)	Длительность лимфореи (в днях)
Радикальная резекция молочной железы	1590	17
Радикальная мастэктомия по Маддену	1614	18
Радикальная мастэктомия по Пейти-Диссону	2111	19
Радикальная мастэктомия по Холстеду	1417	20

Далее было изучено влияние массы тела, возраста и характера неоадьювантной терапии на объём и длительность лимфореи после радикальной мастэктомии по Маддену. У больных с нормальным весом средний объём лимфореи составил 1530 мл при средней длительности лимфореи 18 дней.

Показатели среднего объёма выделенной лимфы, как и продолжительность лимфореи, возрастили по мере увеличения массы тела больных, и у пациентов 2 и 3 групп они соответственно составили 1719 мл и 19 дней и 2312 мл и 22 дня (табл. 2).

Таблица 2

Средние показатели объёма и длительности лимфореи у больных РМЖ в зависимости от массы тела после РМЭ по Маддену		
Масса тела	Количество лимфы (в мл)	Длительность лимфореи (в днях)
Нормальная масса (1 группа)	1530	18
Превышающая до 10 кг (2 группа)	1719	19
Превышающая более 10 кг (3 группа)	2312	22

Выявлена зависимость показателей лимфореи от возраста больных. Средний объём лимфы и продолжительность лимфореи нарастили в возрастных категориях от 31 до 70 лет со снижением этих показателей в категории 71-80 лет (табл. 3).

Таблица 3

Средние показатели объёма и длительности лимфореи у больных РМЖ в зависимости от возраста после РМЭ по Маддену		
Возрастные категории	Количество лимфы (в мл)	Длительность лимфореи (в днях)
31-40 лет	990	12
41-50 лет	1415	18
51-60 лет	1900	19
61-70 лет	2251	22
71-80 лет	1603	19

Неоадьювантная терапия также оказывала влияние на средний объём лимфы и продолжительность лимфореи у больных РМЖ после радикальной мастэктомии по Маддену (табл. 4).

**Таблица 4**

Объём и длительность лимфореи в зависимости от вида неоадьювантной терапии у больных РМЖ после РМЭ по Маддену

Вид неоадьювантной терапии		Количество лимфы (в мл)	Длительность лимфореи (в днях)
Предоперационная дистанционная гамма-терапия	Классическое фракционирование	1940	20
	Крупное фракционирование	2176	22
Неоадьювантная химиотерапия	2 курса	1704	19
	4 курса	1830	22

Наибольшее количество и продолжительность лимфореи выявлена при использовании неоадьювантной дистанционной гамма-терапии, особенно в режиме крупного фракционирования дозы. Так, средний объём и продолжительность лимфореи в случаях классического и крупного фракционирования дозы соответственно составили: 1940 мл и 20 дней и 2176 мл и 22 дня.

Неоадьювантная химиотерапия также увеличивает средний объём лимфы и продолжительность лимфореи, причём эти показатели зависят от количества применяемых курсов (1704 мл и 19 дней при 2-х курсах и 1830 мл и 22 дня при 4-х курсах).

Таким образом, как показали результаты проведённых исследований, лимфорея является многофакторным процессом. Основными прогностическими факторами, влияющими на объём и продолжительность постмактэктомической лимфореи, являются конституциональные особенности больных (возраст 51-70 лет, избыточный вес), объём оперативного вмешательства (радикальная мастэктомия по Пейти-Диссону), характер неоадьювантного лечения (предоперационная дистанционная гамма-терапия, особенно в режиме крупного фракционирования дозы).

Перечисленные факторы увеличивают объём лимфореи, её продолжительность и должны учитываться при профилактике ранних и поздних постмактэктомических осложнений.

## ДИАГНОСТИКА РИСК-РЕФЛЕКСИИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

А.Д. Доника, М.В. Еремина,

А.А. Марченко

Волгоградский государственный

медицинский университет

Волгоград, Россия

В современных условиях возрастающей частоты чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера практическое значение приобретает оценка готовности профессионалов к деятельности в экстремальных ситуациях. Согласно современным взглядам, реализация профессиональных функций в условиях мультипараметрического воздействия стрессогенных факторов экстремальных ситуаций во многом обусловлена индивидуально-типологическими свойствами индивида.

В частности, риск-рефлексия отражает различную ориентацию сознания субъекта: «риск-неориентированные» характеризуются детерминирующим подавлением фактора случайности и ориентированы на заданность поведения, в то время как «риск-ориентированные» субъекты отличаются высокой степенью ориентации на неожиданность и непредвиденность обстоятельств в ходе конкретной деятельности (Андрянова Е.А., 2005). В этой связи мы провели исследование психологической готовности к риску на модели врачей разного профиля (хирургов, терапевтов и врачей нелечебного профиля), взятых в паритетных соотношениях, по методике Шуберта.

Согласно полученным результатам, в модельной группе *терапевтов* чаще регистрируются показатели рассматриваемого