

Резекции печени выполнили 28 (75,7 %; 28/37) пациентам: бисегментэктомия 2,3 (n=13), правосторонняя гемигепатэктомия (n=1), расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (n=1), левосторонняя гемигепатэктомия (n=1), атипичная резекция 1 – 2 сегментов (n=12). В 9 случаях (24,3%; 9/37) произвели энуклеацию гемангиомы печени. Статистически значимых различий по локализации опухоли, размерам образований, продолжительности операции, между энуклеациями и резекциями печени не выявлено. Ни в одном наблюдении после удаления опухоли не отмечено рецидива. В 4 (25%) случаях после удаления центральной опухоли, более мелкие (менее 0,5 -1,5см) опухоли исчезли (перестали определяться при УЗИ и МРТ). Осложнения хирургического лечения пациентов с гемангиомами печени отмечено в 1 случае (2,1%) желчный свищ, ликвидирован консервативно.

У 5 больных оперативное лечение не проводилось ввиду отсутствия жалоб и малых размеров образования менее 2см и интрапаренхиматозное ее расположения. Больные находятся на диспансерном наблюдении и консервативном лечении. 4 – больным выполнено рентгенэндоваскулярное лечение расположение гемангиомы было интрапаренхиматозно в проекции I–IV и II–I сегментов. Осложнений не отмечалось.

Таким образом, считаем по возможности избегать инвазивных диагностических манипуляций (пункционная биопсия, ангиография), так как они сопряжены с серьезными осложнениями. Выраженная симптоматика, неуверенность в диагнозе и рост гемангиомы являются основными показаниями к ее удалению. Гигантский размер опухоли не является показанием к операции сам по себе. При наличии гигантской (10см) бессимптомной гемангиомы необходимо учитывать и такие факторы, как локализация опухоли, возраст и физическая активность пациента, наличие сопутствующих заболеваний и конечно опыт хирургического отделения.

**Выводы:** Клиническая картина гемангиом печени неспецифична. Современные методы лучевой диагностики, прежде всего КТ и МРТ, обладают высокой точностью в выявлении гемангиом печени, что позволяет практически полностью отказаться от инвазивных исследований. Основными показаниями к хирургическому лечению являются выраженные жалобы, увеличение размеров опухоли и неуверенность в диагнозе. Противопоказанием к резекции печени является вовлечение в процесс нижней полой вены, особенно в зоне впадения печеночных вен, и ствола воротной вены. Важным моментом, заставляющим отказаться от резекции печени, является цирроз. Гигантские гемангиомы, располагающиеся в обеих долях печени, также противопоказаны для удаления. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения гемангиом печени в исследуемой группе

у детей хорошие. Симптомы исчезают у большинства пациентов (88,5%), рецидивов в группе прооперированных детей не отмечались.

#### Список литературы

1. Диагностика и лечение гемангиом печени: взгляд на проблему на рубеже XXI века / А.М. Гранов [и др.] // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Материалы IX конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ, Санкт-Петербург, 16-18 мая 2002. – *Анналы хир. гепатологии.* – 2002. – Т. 7, № 1. – С.252.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. – 10-й пересмотр, 1-4 том / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 1998. – М.: Медицина, 1998.
3. Hepatic hemangiomas: subtype classification and development of a clinical practice algorithm and registry / E.R. Christison-Lagay [et al.] // *J. Pediatr. Surg.* – 2007. – Vol. 42, № 1. – P. 62-67.
4. Long-term Results of Surgery for Liver Hemangiomas / Ilgin Ozden [et al.] // *Arch. Surg.* – 2000. – Vol. 135. – P. 978-981.

### РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ (РВО) ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РМЖ)

Кулишов В.А., Кулишов И.В.

КГП «Областной онкологический диспансер», Караганда, e-mail: anshakova.evgeniya@mail.ru

**Цель работы:** Определить роль РВО при реабилитации больных РМЖ.

**Материалы и методы.** Материал основан на анализе результатов лечения 1021 больных РМЖ, находившихся на лечении в Карагандинском онкологическом диспансере с 1986 по 2009 гг. Проведен многофакторный анализ среди 3 групп больных. 1. Функционально-щадящие операции (ФЩО) (Мадден, Пейти), 2. Органо-сохраняющие операции (ОСО), 3. Реконструктивно-восстановительные операции (РВО).

**Результаты.** ФЩО (Пейти-Диссона, Маддена) – 653 (64,1±8,0%). ОСО (Радикальная резекция молочной железы) – 194 (19,1±1,2%). РВО (первичные и отсроченные) – 171 (16,7±1,2%), из них первичная маммопластика кожно-мышечным лоскутом широчайшей мышцы спины (КМЛ-ШМС) и эндопротезированием с кожесохраняющей мастэктомией выполнена у 27 (15,8%), первичная маммопластика КМЛШМС и эндопротезированием Радикальной мастэктомией (Пейти, Маддену) – 62 (36,3%). Первичная маммопластика ТРАМ-лоскутом и кожесохраняющей мастэктомией – 6 (3,5%). Первичная маммопластика ТРАМ-лоскутом и радикальная мастэктомия – 54 (31,6%). Отсроченная маммопластика КМЛШМС с эндопротезированием – 22 (12,8%). Отсроченная маммопластика ТРАМ-лоскутом – 3 (1,7%). В группе ФЩО ранние и поздние осложнения преобладали после операции Пейти, составлял соответственно – 110 (10,8±0,9%) и 104 (10,2±0,9%). Одногодичная и трехлетняя выживаемость составляет 98,2±0,5% и 78,5±0,6%. Пятилетняя выживаемость пациентов равнялась

65,9±1,8%. В группе больных, которым выполнены ОСО осложнения, составили – 21 (2,1±0,4%). Одногодичная выживаемость составила 100%, трехлетняя 98%, пятилетняя 70%, безрецидивная трехлетняя выживаемость составила 95%, пятилетняя 65%. В группе больных с РВО ранние осложнения отмечены в 13 (7,6±2,0%) случаях и поздние осложнения у 16 больных, т.е. 9,4±2,2%. Трехлетняя выживаемость составила 72,5±4%, пяти- и десятилетняя выживаемости составили соответственно 64,3±4,5% и 44,4±3,8%.

Анализ чистоты рецидива и прогрессирования опухолевого процесса в отдаленные сроки показал, что рецидивы рака возникали у больных независимо от способа пластики на втором году после радикального лечения и чаще в сроки 17-20 мес. 2,4±1,2% случаев, и свыше 21 мес. всего лишь у 1,7±0,9% больных.

Рецидива рака после РВО выявлены в отдаленные сроки у 7 (4,1±1,5%), тогда как прогрессирование опухолевого процесса отмечено у 10 (5,8±1,8) пациентов.

Выводы: отдаленные результаты лечения рака молочной железы зависят в основном от степени распространенности опухолевого процесса, а на качество жизни пациенток влияет объем и характер выполненных операций (ФЩО, ОСО, РВО).

#### **ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ТКАНИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ И ЕЕ ПЕРИФОКАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

Франциянц Е.М., Бандовкина В.А.,  
Позднякова В.В., Комарова Е.Ф., Хохлова О.В.,  
Погорелова Ю.А.

*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский  
онкологический институт» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, e-mail: super.gormon@yandex.ru*

Методом ИФА были изучены уровни пролактина (Прл), прогестерона (Р<sub>4</sub>), тестостерона

общего и свободного (Т и св.Т), эстрогена (Е<sub>1</sub>), эстрадиола (Е<sub>2</sub>) и эстриола (Е<sub>3</sub>) в 40 образцах ткани меланомы кожи: 17 образцов рТ<sub>1-2</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> и 23 образца рТ<sub>3-4</sub> N<sub>0-х</sub> M<sub>0</sub> и в ткани перифокальной зоны (n=40-образцы кожи на расстоянии 1 см от видимого края опухоли). В качестве контроля использовали интактную кожу, полученную при оперативном лечении больных без онкопатологии.

При рТ<sub>1-2</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> в опухоли отмечен локальный андрогеновый дисбаланс: уровень Т снизился в 1,8 раз, в то время как св.Т превысил норму в 1,5 раза. В 1,6 раза возросла насыщенность опухоли Е<sub>1</sub> и в 2,5 раза снизилась концентрация Е<sub>3</sub>. При рТ<sub>3-4</sub> N<sub>0-х</sub> M<sub>0</sub> в ткани меланомы изменился уровень всех исследованных гормонов: насыщенность Прл выросла в 3,9 раза, св.Т – в 1,6 раз, Е<sub>1</sub> – в 5,7 раза, уровень Р<sub>4</sub> снизился в 2 раза, Т в 1,5 раз, а Е<sub>3</sub> в 1,3 раз по сравнению с показателями в интактной коже.

Перифокальная зона меланомы при рТ<sub>1-2</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> не отражала изменений, происходящих в опухоли, от здоровой ткани отличалась по локальной насыщенности сниженным в 1,8 раз уровнем Е<sub>1</sub> и повышенным в 1,6 раз Е<sub>3</sub>. С развитием процесса перифокальная зона меланомы претерпела сходные с опухолью изменения: концентрация Прл повысилась в 2,9 раз, а Т снизилась в 1,5 раза. Уровень Е<sub>2</sub> ни в одном из исследованных образцов не отличался от показателей в интактной ткани.

Таким образом, локальный гормональный статус меланомы вне зависимости от стадии, характеризуется повышенным уровнем св.Т, Е<sub>1</sub> и сниженным Е<sub>3</sub>. С прогрессированием заболевания в меланоме растет насыщенность Е<sub>1</sub> и Прл, а также выявляется дефицит Р<sub>4</sub>. Изначально интактная перифокальная зона на начальных стадиях заболевания, в случае прогрессии меланомы начинает приобретать характерный для опухоли гормональный фон.

#### **Педагогические науки**

#### **ПРИКЛАДНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ОБУЧЕНИЯ, КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ УЧЕБНОЙ МОТИВАЦИИ У СЛУШАТЕЛЕЙ КУРСОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ**

Трофимова Л.Н.

*Омский государственный университет путей  
связи, Омск, e-mail: lytro@yandex.ru*

Вопрос о необходимости осуществления прикладной направленности обучения поднимался прогрессивными педагогами на всех этапах развития образования. Например, известный ученый XIX–XX вв. П.Ф. Лесгафт считал, что теория только тогда имеет значение, когда она оправдывается на практике, когда она впол-

не согласна с практикой и служит руководящей нитью и указанием для практики. Он выступал с критикой шаблонного образования, механического заучивания. «В высшей школе слушатель должен быть в состоянии самостоятельно вырабатывать свою мысль и применять ее в жизни» [2, с. 127].

В современной теории и методике преподавания актуальными являются исследования, посвященные осуществлению прикладной направленности обучения на основе компетентностного подхода к обучению. Этот подход предполагает обучение не только готовым знаниям, но и деятельности по приобретению знаний, способам рассуждений, способности решать проблемы различной сложности на основе имеющихся знаний. В работах многих рос-