

нормирования работы медицинского персонала на всех этапах предлучевой подготовки и лучевой терапии (Приказ МЗ №1004 от 1977 г.).

Для того чтобы выполнить требования, предписываемые приказом, необходимо пересмотреть нормы. Новые технологии требуют значительно больших ресурсов и штатов.

Нами проведена определенная работа по оценке трудозатрат с хронометражем всех этапов предлучевой подготовки лучевой терапии на линейных ускорителях и аппаратах брахитерапии при различных программах. Выполнение концепции гарантии качества лучевой терапии требует не только технического оснащения и подготовки кадров, но и пересмотра нормативных документов.

ВОЗМОЖНОСТИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Чижова Н.В., Демидов С.М., Лан С.А.
г. Екатеринбург

Рак молочной железы (РМЖ) на этапе клинической манифестации рассматривается как системное заболевание, требующее локальной (операция, лучевая терапия) и системной терапии (химиогормонотерапия). Проведение предоперационной химиотерапии дает возможность оказать раннее системное воздействие на субклинические метастазы, оценить чувствительность опухоли к лекарственным препаратам и планировать адьювантное лечение с учетом полученных результатов эффективности химиотерапии.

Цель исследования: изучить возможности неоадьювантной химиотерапии при лечении РМЖ.

Материалы и методы. Исследование проводилось в онкоматематическом отделении ГКБ №40 г. Екатеринбурга в период с 2001 по 2004 гт. Неоадьювантную химиотерапию получали 215 больных РМЖ IIa-IIIb стадии (Т 1-4 N 0-2 M 0) в возрасте 31-69 лет.

Показания к проведению неоадьювантной химиотерапии были следующими:

1. Первично нерезектабельный РМЖ (отечно-узловые формы рака, наличие конгломерата лимфоузлов в регионарной аксиллярной зоне).
2. Невозможность первичного выполнения органосохраняющей операции при РМЖ (размер опухоли более 2 см) при желании больной сохранить железу.

Неoadьювантную химиотерапию проводили по следующим схемам: CAF, CMF, CNF, Nav в монорежиме, сочетание CMF и CNF, CAF и CNF, CNF и Nav, CNF и Nav и доцетаксел. Количество проводимых курсов химиотерапии варьировало от 2 до 6. Выбор схем химиотерапии осуществлялся с учетом возраста пациенток, стадии опухолевого процесса, наличия и выраженности сопутствующей соматической патологии.

Результаты. Полная резорбция опухоли, подтвержденная патоморфологически, произошла в 13 случаях (6%), патоморфоз 3 и 3-4 степени – в 37 случаях (17,2%), патоморфоз 2 и 2-3 степени – в 60 случаях (27,9%), патоморфоз 1 и 1-2 степени – в 64 случаях (29,7%), патоморфоз 0 и 0-1 степени – в 41 случае (19%).

По мере проведения неoadьювантной химиотерапии оценивался клинический эффект, подтвержденный данными УЗИ и маммографии: устранение отека кожи молочной железы, сокращение объема опухолевого узла и регионарных лимфоузлов. Затем определялась дальнейшая тактика лечения: продолжение химиотерапии в случае регрессии опухоли, планирование смены терапевтического режима на 2-ю и 3-ю линии в случае отсутствия клинического эффекта. При достижении значительной резорбции опухоли, а также при прогрессировании проводился хирургический этап лечения. Органосберегательные операции были выполнены 42 больным (19,5%) вследствие сокращения размера опухоли до 2 см и меньше.

По результатам патогистологического исследования операционного материала оценивалась степень терапевтического патоморфоза, состояние регионарных лимфоузлов, экспрессия рецепторов эстрогена, прогестерона и гена HER 2 neu. С учетом факторов прогноза составлялся индивидуальный план адьювантного лечения.

Выводы. Проведение неoadьювантной химиотерапии при РМЖ IIa-IIIb стадии дает возможность оценить степень клинической регрессии опухолевого очага, коррелирующую со степенью терапевтического патоморфоза, и, таким образом, определить чувствительность опухоли к конкретной схеме химиотерапии. Кроме того, оценка эффективности неoadьювантной химиотерапии позволяет составить индивидуальный план адьювантной системной химиогормонотерапии, избегая неэффективных препаратов. Регресс опухоли на фоне проведения неoadьювантной химиотерапии дает возможность сократить объем оперативного вмешательства до органосберегательных и функциональновыгодных вариантов.