

тологии. Хирургическое лечение, как основной и единственный метод лечения был применён у 10 больных (T1N0M0-8, T2N0M0-2).

Комбинированное лечение, включающее необходимым компонентом послеоперационную лучевую терапию на оставшуюся молочную железу 45-50 Гр, а также на на регионарные зоны метастазирования по 30-40 Гр. проведено у 62 больных (T1N0M0-4, T1N1M0-7, T2N0M0-51).

При комплексном лечении к перечисленному добавлялось 3-6 курсов адьювантной полихимиотерапии по стандартной схеме CMF и гормонотерапия Тамоксифеном 20 мг в сутки в течение 1 года (у больных климактерического и менопаузального периода). Комплексное лечение получило 28 больных (T1N1M0-28). В зависимости от объема оперативного вмешательства больные были подразделены на 2 группы.

I (основная) группа - 42 больных (T1N0M0-9, T1N1M0-15, T2N0M0-18), которым произведена радикальная резекция молочной железы (по Н.Н. Блохину). Операция заключалась в верхне-наружной квадрантэктомии с аксиллярной лимфодиссекцией.

II (контрольная) группа - 58 больных (T1N0M0-3, T1N1M0-20, T2N0M0-35), которым произведена модифицированная мастэктомия (по Маддену). Данная операция заключалась в ампутации молочной железы с подлежащей фасцией и аксиллярной лимфодиссекцией.

Результаты лечения прослежены у всех 100 больных. При этом критерием эффективности являлись частота рецидивов и метастазов, продолжительность и качество жизни больных. В течении 5-летнего наблюдения в I группе у 3 (7,1%), во II группе у 2 (3,4%) больных отмечены рецидивы заболевания, которые хирургически иссечены. А метастазы отмечены в I группе у 5 (11,9%), во II у 5 (8,6%). Следует отметить, что применение комплексной терапии значительно уменьшало риск появления рецидивов и метастазов. В процессе наблюдения умерло от прогрессирования заболевания в I группе 2 (4,7%), во II - 3 (5,2%). 5-летняя общая выживаемость в I группе составила 95,2%, во II - 94,8%.

Таким образом, по результатам исследования при локализации опухоли в верхне-наружном квадранте молочной железы можно рекомендовать органосохраняющие операции.

Применение комплексной терапии значительно улучшает отдаленные результаты лечения.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ГОРМОНАЛЬНЫМИ КОНТРАЦЕПТИВАМИ

С.М. Демидов, О.Г. Дербенёва

Уральская государственная медицинская академия

В последние годы вновь появился интерес к предраковым заболеваниям молочных желез, которые часто выявляются при самообращении женщин к врачам и при скрининге, но интерес этот в большинстве случаев простирается не дальше диспансеризации с целью раннего выявления рака. Между тем, вполне возможно, что активное выявление и эффективное лечение этих состояний, при которых у части пациенток рак только «закладывается», может, если не предотвратить его развитие, хотя бы изменить какие-то важные прогностические характеристики (возраст манифестации, морфологический вариант, метастатический потенциал и т.д.), влияющие на смертность.

Таким образом, вопросы совершенствования методов лечения больных с предраковыми заболеваниями молочных желез являются актуальными в современной онкологии и требуют дальнейших исследований.

В связи с широким распространением в последние 15-20 лет применения женщинами детородного возраста с целью профилактики беременности гормональных оральных контрацептивов, содержащих эстрогены и прогестины в микродозах, адекватных циркулирую-

щим в женском организме в норме, большой интерес представляют исследования по изучению влияния длительного приема этих препаратов на молочные железы. По этому поводу мнения разных авторов различны. Одни считают, что контрацептивы обладают защитным эффектом от развития доброкачественных образований и рака молочной железы. Другие - что применение оральных гормональных контрацептивов повышает риск доброкачественных образований молочных желез и рака, но только у лиц с отягощенным семейным анамнезом по раку молочной железы. В части исследований утверждается, что применение гормональных контрацептивов вообще не влияет на возникновение дисплазии и рака молочной железы. Противоречивы и мнения о сроках защитного действия контрацептивов, от нескольких месяцев до нескольких лет, после прекращения их приема.

Механизм защитного действия оральных контрацептивов связан, главным образом, с антиэстрогенным действием синтетического прогестерона, входящего в их состав. И количественно эффект пропорционален количеству прогестерона в препарате. Следует подчеркнуть, что это свойство пероральных контрацептивов не распространяется на нерожавших женщин или принимавших их до первой завершенной беременности. Это объясняется тем, что ткань молочной железы нерожавшей женщины не чувствительна к прогестерону и будет подвержена в данном случае лишь воздействию эстрогенов, которые также содержатся в контрацептивах. Изучение гистологической картины удаленных очагов фиброаденоматоза у женщин, принимавших гормональные контрацептивы, свидетельствует о выраженном положительном их эффекте лишь в случаях дисплазии эпителия II степени, но не в крайних степенях с явлениями атипичии эпителия. Это обстоятельство учитывалось нами при планировании гормонотерапии в каждом конкретном случае.

Для лечения больных с пролиферативными дисплазиями молочных желез нами использовались комплексные оральные контрацептивы: овидон, ригевидон, норколут, а чаще новинет, регулон, три-регол, как наиболее физиологичные, содержащие синтетические прогестины в сочетании с крайне невысокими дозами эстрогенов. Более всего назначение препаратов этой группы оправдано при гипогормональном синдроме с недостаточностью обеих фаз цикла, при дисгормональных явлениях в виде персистенции фолликула и гиперэстрогенизме, обусловленном недостаточностью желтого тела. Во всех этих случаях лечение, устраняя указанные нарушения, по отношению к пролиферативным фиброаденоматозам являлось этиотропным. Лечение назначалось с учетом характера гормональных нарушений по рекомендованной в инструкции схеме. Продолжительность лечения составляла обычно 3-6 менструальных циклов в зависимости от обнаруживаемых результатов. Всего корректирующую гормонотерапию контрацептивами получили 135 больных пролиферативными дисплазиями молочных желез.

В 32 случаях лечение в виде поддерживающих курсов продолжалось до 1 года. Часть женщин самостоятельно продолжили прием препаратов этой группы с целью контрацепции в течение нескольких лет.

Наилучшие результаты от проводимого лечения (табл. 1) были отмечены в возрастных группах 28-34 и 35-47 лет, соответственно 81,6 и 78,0% положительных результатов при 16,3 и 17,0% не эффективного лечения. Неплохие результаты получены у больных возрастной группы 18-27 лет - подавление и уменьшение дисплазии отмечено у 71,4% больных. Необходимо отметить, что в этой возрастной группе лучшие результаты были получены у больных, имевших в анамнезе беременность, завершившуюся родами. У нерожавших больных случаев эффективного лечения значительно меньше. Менее эффективны гормональные контрацептивы в группе 48-54 лет. Здесь эффект от лечения в виде снижения дисплазии только у 47,0% больных, у 47,0% - без эффекта, а у 5,8% - отрицательная динамика в виде увеличения степени дисплазии или злообразования, потребовавшего секторного иссечения.

Результаты проведенной гормональной терапии контрацептивами предраковых состояний молочных желез в плане частоты и характеристик развившегося на их фоне рака, оценены по итогам 15-летнего мониторинга 136 пролеченных гормональными контрацептивами пациенток.

Наблюдение за лечившимися и контрольной группой, которое выражалось в периодических обследованиях физикальных, УЗИ, рентгенологических, а по показаниям цитологических и гистологических (секторные биопсии) с интервалом в 6–12 месяцев. Частота развития рака молочной железы среди лечившихся от пролиферативно–диспластического фиброаденоматоза и нелечившихся различна. Оценивая вклад гормональных контрацептивов можно отметить, что их применение существенно в 4,6 раза снижало возможность развития рака молочной железы.

Исследование показало, что частота особо неблагоприятных, быстротекущих клинических вариантов рака молочной железы: псевдовоспалительных, отечно-инфильтративных, среди лечившихся, существенно меньше, чем среди нелечившихся.

Выводы:

1. Гормонокорректирующее лечение пролиферативно–диспластических форм фиброаденоматоза гормональными контрацептивами позволяет снизить возможность развития на их фоне рака молочной железы.

2. Эффективное лечение фиброаденоматоза с явлениями дисплазии эпителия снижает биологическую агрессивность развившегося рака молочной железы (уменьшение диффузных и местно–распространенных форм и увеличение ранних стадий рака молочной железы).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ИНДУКЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С МАСТЭКТОМИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.В. Дорофеев, В.Н. Горбунова

Уральская государственная медицинская академия

В задачи исследования входило изучение эффективности различных схем индукционной химиотерапии в сочетании с мастэктомией при лечении отечно-инфильтративной формы рака молочной железы.

В исследование вошло 329 пациентки с отечно-инфильтративным раком молочной железы в возрасте от 30 до 70 лет, получавших лечение на базе городского маммологического центра, областного онкологического диспансера и онкологического отделения МУКЕ 14 г. Екатеринбурга в период 1987-1999 г.г. Все больные распределены по группам в зависимости от вида индукционной терапии и наличия оперативного компонента (мастэктомии) в схеме лечения. Группы идентичны по стадии, возрасту, менструальному статусу. По оригинальной методике САР + Деринат: (Циклофосфан 100 мг/м² с 1 по 14 день, доксорубицин 10 мг/ м² + деринат 75 мг + 10мл аутоплазмы в/м 1,5,8 день, доксорубицин 10 мг/м² в/в 1,8 день и 5-фторурацил 500 мг/м² 1 и 8 день каждые 3 недели) пролечена 21 пациентка. Частота ПР составила 90.5%, 16 больным в последующем выполнена радикальная мастэктомия. Пятилетняя выживаемость в этой группе составила 77%. По схеме САФ, без Дерината, пролечено 109 человек (по 3-6 курсов индукционной терапии) ЧП и ЧР составила 62%., 49 пациенткам в дальнейшем выполнена радикальная мастэктомия. Пятилетняя выживаемость в группе оперированных больных составила 55%, и 43% в группе пациенток, леченных только консервативно. 199 пациенток получали химиотерапию по схеме СМФ, пятилетняя выживаемость в этой группе среди оперированных и неоперированных больных составила соответственно 34 и 32%. Все пациентки в зависимости от менструального статуса получали различные виды гормонотерапии. В группе САФ + Деринат таких осложнений как лейкопения, анемия, стоматит не встречалось, что позволило провести индукционную терапию в полном объеме, тогда