

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/м<sup>2</sup> с 1 по 14 день, доксорубин 10 мг/м<sup>2</sup> + деринат 75 мг + 10мл аутоплазмы в/м 1,5,8 день, доксорубин 10 мг/м<sup>2</sup> в/в 1,8 день и 5-фторурацил 500 мг/м<sup>2</sup> 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

как в схемах лечения САФ и СМФ токсические проявления в 29 и 21% соответственно приводили к снижению курсовой дозы последних.

**Выводы:**

1. Не получено достоверного различия в продолжительности жизни больных, получавших индукционную ПХТ по схеме СМФ с использованием мастэктомии или без нее. В то же время использование оперативного компонента в схемах лечения САР и САР + Деринат достоверно увеличивало пятилетнюю выживаемость в этих группах

2. Режим индукционной ПХТ по схеме САР + Деринат является наименее токсичным, обладая достаточной противоопухолевой активностью, может являться альтернативой применения индукционной полихимиотерапии по схеме САР и СМФ у больных отечными формами РМЖ, а в сочетании с мастэктомией позволяет достоверно улучшить результаты лечения.

## **ВЛИЯНИЕ ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК**

**И.В. Збицкая, А.В. Важенин, М.И. Воронин**

Челябинский областной онкологический центр,  
Проблемная научно-исследовательская лаборатория  
«Радиационная онкология и ангиология» ЮУНЦ РАМН,  
Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования,  
Челябинская государственная медицинская академия

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре женской онкологической патологии, и частота его продолжает расти. В среднем по России за последнее десятилетие стандартизированный показатель заболеваемости РМЖ вырос на 27,5% и достиг 45,8, а на территории Челябинской области – 48,1 на 100 тысяч населения.

Лечебные мероприятия, используемые при РМЖ, в обязательном порядке включают локо-региональное воздействие. Быстрое развитие методов лучевой терапии позволило занять им одно из ведущих мест в лечении этой патологии.

Актуален вопрос о качестве жизни пациенток в процессе лечения рака молочной железы, но сведения об изменении легких в виде лучевых реакций и повреждений, как пульмонит, фиброз легких на стороне облучения упоминаются в литературе лишь эпизодически. Практически нет работ, отражающих влияние постлучевых реакций и повреждений легочной ткани на качество жизни пациенток в ближайшем постлучевом периоде и в отдаленные сроки лечения.

По различным данным, частота лучевых повреждений легочных тканей колеблется от 1 до 86%. Лучевые повреждения нормальной легочной ткани являются неизбежным следствием воздействия ионизирующего излучения. Частота и степень тяжести зависит от совокупности многих факторов: методики облучения, значения разовых и суммарных поглощенных доз, размера полей облучения, критерия оценки, наличия сопутствующей легочной патологии, индивидуальной радиочувствительности.

Лучевые реакции и повреждения легочной ткани могут быть ранними, которые возникают до трех месяцев после окончания лучевого лечения, и поздними (возникают через три месяца и более после окончания лучевого лечения). При этом они оказывают влияние на качество жизни пациенток, создавая фон для развития более тяжелых процессов.