

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 CAP + Деринат: (Циклофосфан 100 мг/м² с 1 по 14 день, доксорубин 10 мг/м² + деринат 75 мг + 10мл аутоплазмы в/м 1,5,8 день, доксорубин 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 CAF, 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 CMF, 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 CAF + 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.