

Известно, что после лучевой и химиотерапии у большинства больных страдает иммунологическая система и это приводит к осложнениям и чаще всего это разнообразные инфекции. Иммунотерапия имеет значение и для профилактики метастазов, т.к. хорошо известно, что лизис опухолевых клеток зависит от соотношения киллерных и опухолевых клеток.

Условиями достижения иммунореабилитации является сочетание различных видов лечения - хирургического, лучевого и химиотерапии, а также иммунотерапии, которая должна иметь свои показания. Таким образом, иммунотерапия должна занять определенное место в общем арсенале современных средств лечения злокачественных новообразований.

ПЯТИЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКОВОГО ЛИМФАНГИТА ЛЕГКИХ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ ИММУНО-ХИМИОТЕРАПИИ

Д.Ю. Мельников, Л.Н. Изюров

Уральская государственная медицинская академия

При генерализованном раке молочной железы (РМЖ) наиболее эффективными считаются схемы лечения, содержащие доксорубин. Частота общих эффектов (ПР и ЧР) при использовании доксорубина в первой линии составляет, по данным различных авторов, 50-70%, во второй 25-30%. Самой неблагоприятной формой генерализации по-прежнему является раковый лимфангит легких. Развивающаяся гипоксия снижает эффективность препаратов и резко усиливает токсический синдром.

По предположению Trouet et al. 1972, Ohkawa K. et al. 1993, в этих ситуациях целесообразно применение комплексных смесей, содержащих ДНК и доксорубин. Смесь обладает лизосомотропностью, а, следовательно, и избирательностью по отношению к молниеносно развивающемуся опухолевому процессу в легких и при этом с нейтрализованными кардио- и гепатотоксическими свойствами.

Целью нашего исследования было изучение противоопухолевой эффективности конъюгированного комплекса Деринат (Na + соли ДНК) и доксорубина у генерализованных больных РМЖ.

В представленное исследование вошло 44 больных в возрасте от 31 до 75 лет с гистологически подтвержденным диагнозом РМЖ. Генерализация проявлялась преимущественно раковым лимфангитом (висцеральный криз) с развитием дыхательной недостаточности 1-2 ст. Время от первичного комплексного лечения до развития генерализации составило от 1 года до 18 лет. В лечении использовалась схема СА (циклофосфан 600 мг/м² и доксорубин 20 мг в/в и доксорубин 40 мг в/мышечно в виде иммуноконъюгата с Деринатом; патент России N 2155590). Все больные получили 2 курса лечения с описанными выше конъюгированными комплексами. При ответе на лечение проводилась консолидирующая терапия в объеме 2-4 курсов.

Таблица 1

Результаты эффективности лечения ракового лимфангита молочной железы конъюгированными комплексами

Эффект	Кол-во пациентов	Частота эффекта (%)
ПР	16	36,4
ЧР	10	22,7
ОЭ/ПР+ЧР/	26	59,1
СТ	8	18,2
«-» эффект	10	22,7
Всего	44	100%

Следует отметить, что больные, вошедшие в исследование к моменту лечения конъюгированными комплексами, были резистентны к внутри-венному доксорубину после 8–10 курсов. Больные исследуемой группы прослежены в течение 5 лет.

В представленной табл.1 видно, что при проведении лечения конъюгированными комплексами больных с раковым лимфангитом частота ОЭ составила 59,1%. (ПР – 36,4% и ЧР - 22,7%).

В табл.2 представлены 5-летние результаты лечения 44 больных с эффектом полной и частичной ремиссии.

Таблица 2

5-летние результаты лечения ракового лимфангита РМЖ конъюгированными комплексами с ПР и ЧР

Группа	Результат
Число пациентов	44
Средний возраст в группе с ПР	48,7±5,7
Средний возраст в группе с ЧР	58,8±7,9
Время до лимфангита	5,1±0,8 лет
Частота ПР	36,4%
Продолжительность ПР	23±18 месяцев
Частота ЧР	22,7%
Продолжительность ЧР	17,5±8 месяцев
Общий эффект	59,1% (26)

Средний возраст больных в группе с ПР составил 48,7±5,7 лет, при ЧР 58,8±7,9 лет. Продолжительность лечебного эффекта до развития генерализации была также достоверно различна при ПР в среднем 23±18 мес (от 1года до 5,5 лет), при ЧР в среднем 17,5±8 месяцев.

Время до развития ракового лимфангита в этих группах было в среднем одинаковым и составило 5 лет. В табл.3 представлены результаты лечения при развитии стабилизации и при отсутствии эффекта.

Таблица 3

5-летние результаты лечения ракового лимфангита молочной железы конъюгированными комплексами при СТ или «-» эффекте

Группа	Результат
Число пациентов	44
Средний возраст	42,2±5,8 лет
Время до лимфангита	2,6±0,4 года
Частота СТ	18,2%
Продолжительность СТ	4,5 месяцев
Частота «-» Эффекта	22,7%
Время наблюдения до летального исхода	3,8 месяцев

Из таблицы видно, что частота СТ и «-» эффекта зависит от среднего возраста больных (42,2±5,8 лет) и короткого интервала времени до развития ракового лимфангита.

При проведении биохимического и иммунологического мониторинга за показателями опухолевых маркеров у больных, вошедших в исследование, достоверно определены критерии, отражающие эффективность лечения.

Раковый лимфангит - это неотложное состояние при развитии генерализации РМЖ с поражением жизненно важного органа легких. Введение обычных химиопрепаратов в этих ситуациях абсолютно противопоказано. При кажущейся безысходности, помочь больным, как показывает проведенное исследование, можно введением антрациклинов, конъюгированных с Деринатом. Общий эффект 59,1% на срок до 5,5 лет заслуживает внимания.

Различия в продолжительности лечебного эффекта мы связываем с различными компенсаторными возможностями в возрасте 50 и 60 лет. В молодом возрасте до 40 лет при противопоказаниях к какому-либо виду лечения использование конъюгированных комплексов как паллиативный вид химиотерапии дает возможность стабилизации до 6 месяцев у 18% больных.

Конъюгированные комплексы как иммуно-химиотерапевтический метод – это средство неотложной помощи для больных с «раковым лимфангитом при РМЖ» дающее возможность получить ОЭ у 59,1% больных старше 42 лет.

Эффект лечения тем выше, чем больше интервал времени от первичного лечения до развития генерализации в легких.

Иммунохимиотерапевтический подход для больных до 42 лет дает только паллиативный эффект.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОВАРИЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ГОРМОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.И. Сигал, А.Х. Исмагилов, Х.М. Губайдуллин, А.М. Гимранов

Клинический онкологический центр МЗ РТ

Рак молочной железы занимает первое место в структуре злокачественных новообразований у женщин. В Республике Татарстан в 1998 г. впервые выявлено 986 случаев рака молочной железы. Заболеваемость составила 49 случаев на 100 тысяч населения. Несмотря на положительные сдвиги в ранней диагностике рака молочной железы, число больных с запущенными формами заболевания (ШБ-IV ст.) сохраняется довольно большим как в РТ, так и в РФ. У 30-35% первичных больных выявляются местно-распространенные формы заболевания (Т3-4; N2-3; MO) или отдаленные метастазы. Кроме того, группа этих больных пополняется пациентами, лечеными по поводу операбельных форм рака молочной железы, у которых развиваются отдаленные метастазы в позднем послеоперационном периоде.

Основной прогресс в лечении отдаленных метастазов рака молочной железы в последние годы связан с внедрением в клиническую практику системных воздействий – химио- и гормонотерапии. Гормонотерапия является одним из основных компонентов комплексного лечения отдаленных метастазов рака молочной железы.

В 1896 г. хирург из Глазго George Thomas Beatson (1848-1933) впервые опубликовал результаты удачного лечения трех больных с распространенным раком молочной железы с помощью овариэктомии. Хирургическая кастрация в первую половину 20 века достаточно часто выполнялась при распространенном раке молочной железы у молодых женщин. Положительный эффект отмечался у каждой третьей больной. Таким образом, хирургическая овариэктомия является самым первым видом системного лечения отдаленных метастазов рака молочной железы. «Выключение» яичников - хирургическое, лекарственное, лучевое до настоящего времени активно используется в онкологии, так как позволяет у 32% больных репродуктивного и предменопаузального периодов достигать объективного результата. Эффективность этого метода у молодых (моложе 35 лет) - 15-25% (Fracchia A.A. et al 1968, Rao T.L. 1972).

С 1922 г. в практику внедрена лучевая кастрация, которая удобна в применении, в группе больных с высоким риском оперативного вмешательства, но эффективность ее ниже. По данным Fracchia A.A. et al (1968), положительный ответ отмечается у 16% больных после облучения и у 35% больных после хирургической овариэктомии. Lees A.W. et al (1980) также отмечает увеличение объективного эффекта хирургической овариэктомии - 30%, на облучение яичников - 21%. Кроме того, недостатком лучевой кастрации является отсрочка лечебного эффекта на 4-8 недель и возможность восстановления функции яичников у молодых паци-