

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ РАДИОТЕРАПИЯ ПОСЛЕ МЕСТНОГО УДАЛЕНИЯ РАКОВОЙ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РАННЕЙ СТАДИИ

Майкл Баум (Michael Baum),

член Американского колледжа радиологии

Институт хирургических исследований

Университетский колледж Лондонской медицинской школы

Лондон, Великобритания

Система INTRABEAM™ — это портативный прибор для направленной радиотерапии (рис. 1). Прибор можно использовать в любой операционной, при этом специального экранирования не требуется. INTRABEAM обладает большим потенциалом в лечении рака молочной железы (РМЖ) на ранних стадиях, когда возможно сохранить молочную железу.

Традиционный подход предполагает обширное местное удаление опухоли, за которым следует 5-недельный курс дробной радиотерапии на линейном ускорителе, а затем — недельный интенсивный курс с увеличенной дозой облучения места расположения опухоли. К недостаткам традиционного подхода относятся его трудоемкость и значительные затраты рабочего времени оборудования. Кроме того, при использовании этого подхода метод сохранения молочной железы недоступен женщинам из развивающихся стран, а тем пациенткам, которые имеют возможность обратиться в современный радиотерапевтический центр, все равно предстоит пройти мучительно долгую и неприятную процедуру.

Современные данные о патологии РМЖ дают возможность утверждать, что скрытые и латентные поражения в тех областях молочной железы, которые расположены вдали от индексного квадранта, не являются причиной местных рецидивов, почти всегда возникающих в месте первоначального удаления. В данной ситуации тщательно направленная высокодозная радиотерапия, проведенная во время хирургической операции, может устранить необходимость во внешнем облучении, что позволяет сэкономить время пациентов и сократить длительность эксплуатации аппаратуры, а также делает метод сохранения молочной железы более доступным для больных РМЖ.

Более того, контакт стенок остаточной полости с аппликатором после удаления опухоли обеспечивает куда более удачную конформальную геометрию, чем имитаторы, необходимые для терапии с внешним пучком, а это теоретически должно улучшить локальный контроль за заболеванием (рис. 2).



Рис. 1. Миниатюрный ускоритель электронов. Вырабатывает мягкое рентгеновское излучение, находясь внутри молочной железы. Это позволяет точно рассчитать нужную дозу излучения



Рис. 2. Внутри остаточной полости размещен аппликатор подходящего размера



Рис. 3. Состояние через 9 мес после интраоперационной рентгенотерапии правого верхнего внешнего квадранта правой молочной железы

История болезни

У 52-летней женщины при обследовании в медицинском центре в правой молочной железе была обнаружена раковая опухоль размером 1,0 см. Опухоль хорошо прощупывалась, а клиническое исследование не выявило поражения лимфатических узлов. Образ жизни пациентки не позволял ей пройти курс лечения длительностью более

чем в несколько дней. После предоставления подробной информации больная дала согласие на обширное локальное удаление опухоли, контрольную биопсию лимфатического узла и интраоперационную радиотерапию с помощью системы INTRABEAM.

Характеристики опухоли оказались очень благоприятными: максимальный диаметр 1,0 см, II степень, положительный статус рецепторов эстрогенов/прогестерона и отрицательный — Serb-B2, четкие границы удаления. Пациентка

отказалась от традиционной послеоперационной радиотерапии, в связи с чем было назначено поддерживающее лечение: 20 мг тамоксифена ежедневно в течение 5 лет.

Косметический результат лечения был хорошим. После операции прошло 18 мес; пациентка хорошо себя чувствует, а новые симптомы заболевания не проявляются (рис. 3).

П Р А В И Л А Д Л Я А В Т О Р О В

1. Статьи, направленные в журнал «Маммология», должны быть представлены на дискете или CD-носителях с распечаткой на бумаге (в 2 экз., через 2 интервала, шрифт — Times New Roman, 14 пунктов).

К статьям должны быть приложены резюме на русском и желательно на английском языках объемом не более 1/3 машинописной страницы.

2. В выходных данных следует указать: название статьи, инициалы и фамилии всех авторов, название учреждения, город. Необходимо также приложить рекомендацию руководителя учреждения. В конце статьи обязательно следует дать контактные телефоны авторов для связи.

3. Объем лекции и обзора не должен превышать 10–12 стр., оригинальной статьи — 8 стр. машинописного текста. Список литературы соответственно

не должен превышать 10 и 15 источников.

4. Если статья сопровождается рисунками и таблицами, ссылки на них в тексте обязательны.

5. Все рисунки должны быть пронумерованы и снабжены подрисуночными подписями. На рисунке указываются «верх» и «низ»; фрагменты рисунка обозначаются строчными буквами русского алфавита — а, б и т.д. Все сокращения и обозначения, использованные на рисунке, расшифровываются в подрисуночной подписи. Электронный вариант рисунков должен быть выполнен в формате TIFF, JPG, CMYK, 300 dpi. Векторные иллюстрации — в формате EPS Adobe Illustrator 7.0 — 10.0.

6. Все таблицы должны быть пронумерованы и иметь заголовки. Все сокращения рас-

шифровываются в примечании к таблице.

7. Список литературы приводится в порядке цитирования. Для каждого источника необходимо указать: Ф.И.О. авторов (если авторов не более четырех, перечислить все их фамилии. Если более четырех, следует указать фамилии и инициалы трех первых авторов, а вместо перечисления остальных ставится «и др.» или «et al.»). Также следует дать название книги или статьи, название журнала, год, том и номер выпуска (для книги — место издания, название издательства, год), страницы.

8. Буквенные сокращения в тексте статьи допускаются только после полной расшифровки понятия.

9. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать статьи.