

ных, получавших вместе с хирургическим лечением химио- или лучевую терапию.

Результаты. Выживаемость 45 оперированных больных диплоидными и анеуплоидными опухолями молочной железы не различалась к 5-летнему сроку наблюдения (95% и 89%). 10-летняя выживаемость больных анеуплоидными опухолями составила 53% по сравнению с больными диплоидными новообразованиями (95%). При проведении пред- и послеоперационной химиотерапии (43 и 18 случаев) 5-летняя выживаемость больных анеуплоидными опухолями составила 50% и 37% по сравнению с больными диплоидными опухолями (100% и 85%) ($p < 0,05$).

5-летняя выживаемость в группе 88 оперированных больных анеуплоидными опухолями гортани была вдвое хуже, чем больных диплоидными новообразованиями (50% и 97%). Послеоперационная лучевая терапия (60 случаев) снижала 5-летнюю выживаемость больных анеуплоидными опухолями гортани и полости рта до 18% и 8% по сравнению с больными диплоидными опухолями (100% и 92%). Предоперационная химиотерапия (25 случаев) была более эффективной у больных диплоидными опухолями полости рта. При этом 5-летняя выживаемость составила 68% и 30% соответственно.

5-летняя выживаемость 74 оперированных больных диплоидными и анеуплоидными опухолями достоверно различалась (75% и 33%). После предоперационной луче-

вой терапия (20 случаев) 5-летняя выживаемость у больных диплоидными и анеуплоидными опухолями составила 82% и 59% ($p > 0,05$).

5- и 10-летняя выживаемость 50 оперированных больных диплоидными и анеуплоидными колоректальными опухолями достоверно различалась (68% и 42%; 56% и 28%). После проведения предоперационной лучевой терапии показатели выживаемости больных диплоидными и анеуплоидными опухолями стали выше (80% и 75%; 80% и 55%), чем у больных после хирургического лечения.

Заключение. Хирургическое лечение больных названными выше новообразованиями, кроме опухолей молочной железы, приводило к лучшей 5-летней выживаемости больных диплоидными опухолями по сравнению с больными анеуплоидными опухолями. Для опухолей молочной железы разница в выживаемости наблюдалась только к 10-летнему сроку наблюдения. Применение химио- или лучевой терапии до или после операции у больных изученными новообразованиями было более эффективным у больных диплоидными опухолями по сравнению с больными анеуплоидными карциномами. ДНК-ploидность исследованных новообразований имеет высокую информативную значимость в прогнозировании течения опухолевого процесса и ее следует учитывать при индивидуальном выборе тактики лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*А.П. Перинов, Г.С. Бадмаева, В.О. Дагбаева, А.А. Павлов, П.И. Косоротиков
Бурятский республиканский онкологический диспансер, Улан-Удэ*

В структуре онкозаболеваемости за 2001 год в Республике Бурятия рак молочной железы (РМЖ) занимает III место, уступая только раку легкого и раку желудка, а среди женщин, заболевших злокачественными опухолями, РМЖ стоит на I месте. Высокой остается смертность от РМЖ (13,7 на 100 тыс. населения).

Наибольшие трудности возникают при лечении больных III стадией заболевания, когда нельзя ограничиться только хирургическим методом. У 12 больных III стадией (возраст старше 50 лет) было проведено комплексное лечение. Все эти больные находились на диспансерном учете у терапевта по поводу гипертонической болезни. На I этапе применяли химио-лучевое лечение: лучевая терапия на область молочной железы и регионарные зоны на аппарате АГАТ-Р: РОД – 2 гр, РИК – 75 см, 5 раз в неделю, СОД – 36-44 гр (36 гр на подмышечно-подключи-

чное поле, 44 гр – на молочную железу), одновременно проводили курс полихимиотерапии по схеме Купера (винкристин 1 мг в/в 1,8,15 дни, метотрексат по 40 мг в/в 1,8,15 дни, 5-фторурацил 750 мг в/в 1,8,15 дни, циклофосфан 1000 мг в/м 1, 8, 15 дни). В процессе лечения больные принимали преднизолон по 30 мг ежедневно с 1 по 15 дни. Через 3 недели всем больным была выполнена радикальная мастэктомия по Пейти-Диссону. В послеоперационном периоде проведено 4-5 курсов полихимиотерапии по схеме CMF с интервалом 3-4 недели. В настоящее время эти больные лечение закончили, находятся в III клинической группе.

Применение химио-лучевого лечения на I этапе позволяет вовремя выполнить радикальную мастэктомию у больных III стадией рака молочной железы с последующим проведением адьювантной полихимиотерапии больных.