

качество жизни. Ещё в 1988 г. U. Veronesi провел сравнительный анализ лечения 708 больных с $T_1N_0M_0$ стадией. Из них 349 больным была проведена РМЭ, 359 больным – квадрантэктомия с диссекцией аксиллярных лимфоузлов, а в послеоперационном периоде лучевая терапия по радикальной программе. Результаты оказались идентичными, и безрецидивная 5-летняя выживаемость составила 95 %. По данным В.П. Летагина (2005), после радикальной резекции молочной железы 10-летняя безрецидивная выживаемость больных составила 90,9 %, после РМЭ – 93,3 %. В связи с этим возможность радикального лечения рака молочной железы с использованием органосохраняющих операций – один из важнейших вопросов современной онкологии.

Цель исследования. Изучить эффективность различных методов органосохраняющих операций при комплексном лечении раннего рака молочной железы.

Материал и методы. Под нашим наблюдением было 125 женщин с $T_{1-2}N_{0-1}M_0$ стадией РМЖ. Из них с I стадией заболевания было 19 (15,2 %) пациенток, со II стадией заболевания было 66 (52,8 %) пациенток, а также с $T_nN_1M_0$ стадией 40 (32 %) больных. Возраст пациенток колебался в пределах 30–73 лет. Из них в возрасте 30–39 лет – 14 (11,2 %) больных, 40–49 лет – 48 (38,4%) пациенток, 50–59 лет – 36 (28,8 %) больных, более 60 лет – 27 (21,6 %) больных. Средний возраст больных – 49,5 года. Заболевание левой молочной железы наблюдалось у 59

(47,2 %) больных, правой молочной железы – у 66 (52,8%) пациенток. Следует отметить, что у 106 (84,8 %) больных опухоль локализовалась в наружных квадрантах молочной железы, у 19 (15,2 %) больных – во внутренних квадрантах.

Результаты. Радикальная секторальная резекция молочной железы по Блохину была произведена у 45 (36%) больных, секторальная резекция – у 19 (15,2%), квадрантэктомия – у 61 (48,8%) больной. Адювантная химиотерапия по схеме FAC (4 курса) была проведена 21 (16,8 %) больной, 40 (32 %) больным была проведена адъювантная лучевая терапия СОД ДГТ 40 Гр, 45 (36 %) – адъювантная химиолучевая терапия, 19 (15,2 %) больным послеоперационное лечение не проводилось. Срок наблюдения составил 3 года. В результате, после секторальной резекции, квадрантэктомии и радикальной резекции трехлетняя безрецидивная выживаемость составила $90,4 \pm 12,3 \%$; $91,8 \pm 6,4 \%$; $95,1 \pm 4,3 \%$ соответственно. Следует отметить, что при подведении лучевой дозы в 50 Гр наблюдалось ухудшение косметического эффекта. После секторальной резекции и квадрантэктомии рецидивы выявлялись чаще, особенно если лучевая терапия не проводилась. Лучшие результаты отмечены при радикальной резекции по Блохину с последующей химиолучевой терапией.

Выводы. Применение органосохраняющих операций по Блохину с последующей химиолучевой терапией в сравнительном аспекте дает лучшие отдаленные результаты.

ЛЕЧЕБНЫЙ ПАТОМОРФОЗ ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИИ И ХИМИЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.Т. ИЖАНОВ

Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Шымкент, Казахстан

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) – одна из наиболее распространенных форм злокачественных опухолей у женщин во всем мире. За последние двадцать лет смертность от РМЖ во всем мире увеличилась на 22 % (Чиссов В.И., 1989; Семиглазов В.Ф. и др., 2001, 2002). В

структуре заболеваемости женского населения Республики Казахстан рак молочной железы занимает первое место. В Южно-Казахстанской области в 2004 г. он занимал второе, а за первое полугодие 2007 г. вышел на первое место. При этом медиана выживаемости при метастатиче-

ском РМЖ составляет 24–36 мес, и лишь 15 % больных живут 5 и более лет. Увеличилось число первично «запущенных» больных с распространенным местным процессом, лечение которых представляет существенные трудности, так как традиционные методы лечения у этих больных оказываются мало эффективными.

Цель исследования. Изучить эффективность химиолучевой терапии с применением искусственной гипергликемии при местнораспространенном раке молочной железы.

Материал и методы. В областном онкологическом диспансере г. Шымкента проводилось лечение 65 больных с местнораспространенным раком молочной железы, который соответствовал T₃N₀₋₂M₀ стадии по международной классификации TNM. Возраст пациентов колебался от 32 до 68 лет. В зависимости от проводимой неоадьювантной терапии все больные были разделены на 2 группы: I группа состояла из 33 пациенток, получивших химиолучевое лечение с последующей радикальной мастэктомией по Маддену, II группа состояла из 32 больных, получивших неоадьювантную химиолучевую терапию (НАХТ), проведенную на фоне искусственной кратковременной гипергликемии, с последующей радикальной мастэктомией по Маддену. Лучевая терапия проводилась на аппарате «ТЕРАГАМ» обычным мелкопротяженным методом по 2 Гр в день, 5 фракций в нед до суммарной общей дозы 50 Гр и на зоны регионарного оттока – 40 Гр. Полихимиотерапия проводилась по схеме FAC, циклофосфан в дозе – 600 мг/м², доксорубин в дозе – 50–60 мг/м², 5-ФУ в дозе – 750 мг/м². Во второй группе проводился аналогичный курс НАХТ, за исключением того, что цитостатики внутривенно вводились

не в 200 мл 0,9 % раствора NaCl, а в 200 мл 20% раствора глюкозы без инсулина. У всех больных пальпаторно и с помощью УЗИ определялись аксиллярные лимфатические узлы. После операции эти данные сопоставлялись с результатами гистопатоморфологических исследований.

Результаты. В I группе единичные лимфатические узлы были выявлены у 24 (72,7 %) больных, во II группе – у 18 (56,2 %) больных. Множественные лимфатические узлы в I группе отмечались у 8 (24,3 %) больных, во II группе – у 12 (37,5 %) больных. Лимфоузлы не определялись: в I группе – у 1 (3,0 %) больной, во II группе – у 2 (6,3 %) больных. Послеоперационное морфологическое исследование аксиллярных лимфатических узлов показало, что наиболее часто глубокие деструктивные изменения злокачественных клеток в лимфатических узлах происходили во II группе, в которой больные получали химиолучевое лечение на фоне искусственной кратковременной гипергликемии. Отмечается клеточный полиморфизм с наличием светлой цитоплазмы в гигантских клетках в сочетании с одноядерными мелкими элементами. Наряду с этим отмечаются поля расплавленных клеток, вследствие деструкции раковых элементов.

Выводы. Совместное использование химио- и лучевой терапии усиливает степень лечебного патоморфоза в регионарных лимфатических узлах, а дополнительное включение в лечебный комплекс сеансов кратковременной искусственной гипергликемии, вызванной внутривенным введением концентрированного раствора 20 % глюкозы в количестве 600 мл, еще более повышает эффективность лечения.

ПРОЯВЛЕНИЯ СПОНТАННОГО АПОПТОЗА В КУЛЬТУРЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ КЛЕТОК

Д.А. ИЛЬИН

ГУ «НЦ клинической и экспериментальной медицины СО РАМН», г. Новосибирск

Актуальность. Активное распространение онкологических заболеваний в настоящее время диктует необходимость проведения исследова-

ний, направленных на изучение особенностей функционирования клеток опухоли. Одним из основных критериев, определяющих стабиль-