

операций, в том числе с определением сторожевого лимфоузла. Мы придерживаемся точки зрения, что ранний РМЖ – это преинвазивный, а также «микроинвазивный» рак, который на сегодняшний день составляет мизерный процент (6,9 %). К сожалению, «минимальный» рак, – это не всегда ранний РМЖ.

Как известно, снижение смертности от РМЖ и успехи в лечении во многом определяются ранней диагностикой заболевания: при I стадии 5-летний срок переживают 90–95 % больных; при IV – менее 10 %. Большинство заболевших сами обнаруживали у себя опухоль.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАННИМИ ФОРМАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ ПЛАНИРОВАНИЕМ АДЪЮВАНТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Ж.А. ЖОГИНА, Л.И. МУСАБАЕВА, Е.М. СЛОНИМСКАЯ

*ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»*

**Цель исследования** – анализ пятилетних результатов комплексного лечения больных РМЖ  $T_{1-2}N_{0-1}M_0$  после органосохраняющих операций с использованием дифференцированного подхода к планированию адъювантной смешанной гамма-электронной и электронной терапии.

**Материал и методы.** В исследование включены 277 больных РМЖ  $T_{1-2}N_{0-1}M_0$ , которые получали комплексное лечение с 1986 по 2006 г. в объеме: нео- и адъювантная химиотерапия (CMF, CAF), гормонотерапия (по показаниям), органосохраняющая операция и адъювантная лучевая терапия (АЛТ). В зависимости от применяемой методики АЛТ больные распределялись на группы. В исследуемой группе (n=159) лучевая терапия проводилась с учетом прогностических критериев низкого и высокого риска местного рецидивирования. Больные получали дистанционную гамма-терапию (ДГТ) на оставшуюся молочную железу (СОД 40 Гр) и 5 фракций (СОД 15–18 изоГр) электронной терапии на зону удаленной опухоли. Пациенткам с высоким риском местного рецидива дополнительно проводилась ДГТ на зоны метастазирования СОД 40–44 Гр (n=86). У 7 пациенток с низким риском

выявленных таким путем новообразования, к сожалению, не соответствовали ранним стадиям процесса. Очевидно, что для улучшения результатов диагностики и лечения должен быть скрининг. Эффективность высоких технологий и имеющегося уникального оборудования в РХ остается недостаточной. Данный факт требует пристального внимания к систематическому изучению состояния здоровья женщин и проведению профилактических оздоровительных мероприятий учреждениями здравоохранения республики.

местного рецидива РМЖ проведена только электронная терапия на ложе удаленной опухоли. В контрольной группе (n=118) применялся стандартный курс гамма-терапии на оставшуюся молочную железу (СОД 50–55 изоГр) и зоны лимфооттока (СОД 40–44 Гр).

**Результаты.** За пятилетний период наблюдения в исследуемой группе из 159 больных  $T_{1-2}N_{0-1}M_0$  в 11 (6,9 ± 2,0 %) случаях диагностировались рецидивы опухоли, чуть выше этот показатель был в группе контроля и составил 11 ± 2,9 % (13 случаев из 118 наблюдений) (p>0,05). Больше количество опухолевых очагов были выявлены в первые два и пятый годы наблюдения, что подтверждает наличие двух пиков местного рецидивирования. Общее число местных рецидивов у больных как в исследуемой, так и в контрольной группе было минимальным при  $T_1N_0M_0$  стадии опухолевого процесса и составило 3,1 % и 6,4 % соответственно. Число рецидивов РМЖ у пациенток с индексом  $T_{1-2}$  при наличии пораженных регионарных лимфатических узлов ( $N_1$ ) была максимально высокой в обеих группах – 9,7 % и 13,3 % соответственно (p>0,05). В исследуемой группе рецидивные очаги опухоли локализова-

лись в квадрантах молочной железы, не входивших в зону воздействия электронной терапии, что указывает на мультицентричный характер роста опухоли. После верификации рецидива всем больным выполнялась простая мастэктомия с последующими курсами полихимиотерапии. Пятилетняя безрецидивная выживаемость в исследуемой группе составила: у больных с РМЖ  $T_1N_0M_0$  –  $96,8 \pm 3,2$  %, у пациенток с РМЖ  $T_2N_0M_0$  –  $92,7 \pm 3,6$  % и  $T_{1-2}N_1M_0$  –  $88,7 \pm 4,5$  %; в контрольной группе –  $93,3 \pm 4,6$  %,  $84,5 \pm 6,6$  % и  $82,0 \pm 7,1$  %, соответственно ( $p > 0,05$ ). Больные РМЖ  $T_1N_0M_0$  исследуемой группы имели 100 % пятилетнюю общую выживаемость, с РМЖ  $T_2N_0M_0$  –  $96,2 \pm 2,7$  %,  $T_{1-2}N_1M_0$  –  $89,7 \pm 4,5$  %. В контрольной группе эти показатели составили  $93,7 \pm 6,1$  %,  $87,4 \pm 5,9$  % и  $82,1 \pm 6,2$  % соответственно ( $p > 0,05$ ). Эритема кожи была наиболее частым видом местной лучевой реакции и про-

являлась у 71 ( $44,6 \pm 3,9$  %) больной исследуемой группы и у 68 ( $57,6 \pm 4,3$  %) – в группе контроля ( $p < 0,05$ ). При использовании смешанной гамма-электронной терапии частота местных лучевых реакций II–III степени выраженности была значимо ниже ( $27 \pm 3,5$  % и  $5,7 \pm 1,8$  %), по сравнению с контролем ( $39 \pm 4,5$  % и  $16,1 \pm 3,4$  %) ( $p < 0,05$ ). Поздние лучевые повреждения, соответствующие I степени RTOG/EORTC, наблюдались в 23 ( $14,5$  %) случаях в исследуемой группе и в 31 ( $26,3$  %) – в контрольной.

**Выводы.** Дифференцированный подход при планировании АЛТ позволяет снизить лучевую нагрузку на организм пациентки, обеспечить положительную тенденцию увеличения показателей пятилетней безрецидивной и общей выживаемости, способствует сохранению высокого качества жизни больных.

## НЕЙТРОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РЕЦИДИВАМИ ОПУХОЛИ

Ж.А. ЖОГИНА, Л.И. МУСАБАЕВА, В.В. ВЕЛИКАЯ

ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»

**Цель исследования** – улучшение результатов комплексного лечения больных первичным раком молочной железы и рецидивами опухоли за счет использования плотноионизирующего излучения (быстрых нейтронов).

**Материал и методы.** В исследование вошло 318 больных первичным РМЖ и с местными рецидивами опухоли, получавшие комплексное лечение с 1985 по 2007 г. Во I группе – 258 пациенток с МР РМЖ  $T_{2-4}N_{0-2}M_0$ , из которых у 97 проводили комплексное лечение по программе: нео- и адьювантная химиотерапия (CMF, CAF/FAC), предоперационный курс нейтронной терапии на область молочной железы: РОД 2,4 Гр, 3 сеанса, СОД 7,2 Гр ( $38$ – $40$  Гр по изозффекту), радикальная мастэктомия, гормонотерапия и ДГТ на зоны метастазирования СОД 40–44 Гр. В группы сравнения вошло 78 пациенток, получавшие аналогичное лечение, но с предоперационной гамма-терапией крупными

фракциями СОД 35–40 изоГр ( $n=40$ ) и в стандартном режиме СОД 40–44 Гр ( $n=38$ ). Группу контроля составили 83 больные МР РМЖ – без предоперационной ДГТ на молочную железу. В II группе – 63 пациентки с местными рецидивами РМЖ (нейтронная СОД 30–40 изоГр ( $n=10$ ), нейтронно-фотонная терапия СОД 60–65 изоГр ( $n=53$ ), 4–6 курсов химиотерапии CMF/CAF). Сроки наблюдения составили от 6 до 8 лет.

**Результаты.** Наименьшее количество случаев местного прогрессирования заболевания отмечено в группе пациенток, которым в предоперационном периоде проводилось облучение быстрыми нейтронами. Из 97 больных МР РМЖ только у двух ( $2 \pm 1,4$  %) через два и шесть лет после окончания комплексного лечения были диагностированы рецидивы РМЖ. В группах сравнения количество местных рецидивов было в 7–12 раз выше и составило у больных, получавших ДГТ крупными фракциями,  $15 \pm 5,6$  %