

Инвизия хрящей гортани, мягких тканей шеи, сосудистых структур выявлено у 8,05% больных раком гортани и гортаноглотки. После проведения двух курсов химиотерапии отмечалось уменьшение размеров опухоли в 54% случаев. При этом уменьшение на 50% выявлено у 16% больных, на 25% - у 38%. В 46% случаев размеры опухоли не изменились. Важно отметить, что увеличение размеров не отмечено после выполненных курсов химиотерапии. Чаще всего менялись размеры опухоли у больных с экзофитным характером роста.

На сцинтиграммах накопление ^{99m}Tc – Технетрила в гортани и гортаноглотке, как правило, было близко по расположению с локализацией накопления при СКТ с динамическим контрастированием. Но более достоверное заключение о локализации опухолевого образования получали лишь при совмещении обоих методов.

Выводы.

Чувствительность и специфичность ОЭКТ гортани выполненной с ^{99m}Tc – Технетрилом в диагностике рецидивов рака гортани превосходила данные СКТ с контрастным усилением.

Таким образом, представляется целесообразным использование методов совмещения в диагностике первично выявленных опухолей гортани и рецидивирующих опухолей.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ АССОЦИИРОВАННЫЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ – ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

О.С. Терешин, А.Д. Надвикова

Челябинский ОКОД

Рак молочной железы (РМЖ), ассоциированный с беременностью диагностируется с частотой около 1 на 3000 беременностей. Около 3% всех случаев РМЖ диагностируются во время беременности. Вопрос взаимного влияния рака молочной железы и беременности сохраняет свою актуальность несмотря на длительную историю изучения. Общие черты в поведении эмбриональных и злокачественных клеток были отмечены еще в конце XIX столетия учеником немецкого патолога Р. Вирхова Ю. Конгеймом. В 1880 году Гросс подчеркивал, что рак молочной железы, развивающийся на фоне беременности и лактации, имеет более злокачественное течение. В работах начала 20 века Naagensen и Stout выделяли беременных и лактирующих женщин в группу «неоперабельных». Начиная с 1950-х годов, в литературе появляются более оптимистичные прогнозы относительно течения и отдаленных исходов заболевания у этой группы больных.

Имеющиеся на сегодняшний день клинические данные, касающиеся влияния беременности

на канцерогенез, неоднозначны: есть свидетельства, как стимуляции, так и угнетения беременностью развития злокачественной опухоли. Согласно данным многолетних наблюдений, риск возникновения РМЖ коррелирует с возрастом женщины на момент первой беременности. Беременность в раннем возрасте снижает риск возникновения новообразований молочной железы. Считается доказанным, что основная причина протекторной роли ранней беременности в отношении РМЖ – завершение дифференциации эпителия молочной железы под влиянием гормональных перестроек, присущих беременности. Несмотря на свидетельства угнетения беременностью роста злокачественного новообразования, в клинической практике утвердилось мнение о неблагоприятном прогнозе для беременных женщин, страдающих РМЖ. Рак на фоне беременности несколько чаще оказывается эстроген-негативным и Her-2 положительным. В некоторых популяционных исследованиях в 80% случаев пациентки самостоятельно выявили признаки опухолевого процесса в I триместре. Наиболее характерной жалобой у большинства является появление болезненного уплотнения в ткани молочной железы, часто сопровождающееся дискомфортом в области соска (болезненность, покалывание, отечность), появление асимметрии молочных желез, одностороннее увеличение лимфатических узлов. Диагностика затруднена маскирующим опухолевым узел увеличением плотности ткани молочной железы, относительными противопоказаниями к рентгенологическим методам исследования, возможно – «психологической неготовностью» врача и пациентки к диагностике рака в такой ситуации. При неинформативности УЗИ маммография при адекватном экранировании и защите плода в ряде случаев может выполняться. Исследование, включающее передний и боковой

снимки, воздействует на плод в дозе только 0,004-0,005 Гр. В то время как считается что выкидыш или «мальформация» плода вызывается дозой 0,05-0,1 Гр при сроке беременности менее 25 недель (данные анализа поражений, вызванных бомбардировкой Хиросимы и Нагасаки). Однако маммография существенного диагностического значения не имеет и в 25% случаев у беременных больных дает ложноотрицательную картину, т.к. опухолевые массы сливаются с гипертрофированными тканями, не позволяя четко дифференцировать злокачественную опухоль. Магнитно-резонансная томография может быть использована в режиме без контрастирования. Во всех случаях необходимо стремиться к морфологической верификации диагноза. Выбор лечебной тактики.

Существуют рекомендации Европейской палаты экспертов, опубликованные в 2010 г. Хирургическое лечение рассматривается как допустимая опция в любой период беременности (при условии проведения анестезии на современном

уровне, при стабильной гемодинамике и надлежащей оксигенации крови у матери, при условии мониторингирования ЧСС плода и готовности к экстренному родоразрешению на сроках более 24 недель беременности). Лучевое лечение применимо во время 1 и 2 триместра. Показано, что поглощенная плодом доза на этих сроках значительно меньше порога возникновения врожденных мальформаций. Тем не менее есть расчеты, дающие риск 1 случая индуцированного рака (на протяжении всей жизни индивидуума) на 1700 наблюдений на каждые 0,01 Гр поглощенной дозы при внутриутробном облучении. Применение ДГТ должно быть тщательно обосновано, обсуждено с пациенткой и родственниками. Химиотерапия применима после 14 недель беременности, за исключением срока более 35 недель и в любом случае должна быть завершена в срок не короче 3 недель до родов (интервал, необходимый для восстановления клеток крови, прежде всего – нейтрофилов). Наибольший опыт имеется по схемам FAC, AC, меньший – по таксанам. На сегодняшний день не получено данных о негативных отдаленных последствиях для детей, рожденных матерями, получавшими химиотерапию во время беременности. Применение тамоксифена не рекомендовано на любом сроке беременности, так как описаны случаи врожденных дефектов при его использовании (синдромы Goldenhar, and Pierre Robin). Подходы североамериканской онкологической школы несколько отличны (рекомендации NCCN, 2011). Так лучевая терапия не рекомендована на любом сроке беременности, соответственно органосохранное лечение возможно лишь при планировании лучевой терапии после родов. Мастэктомия возможна в любом триместре, химиотерапия – начиная со второго. Вопрос о прерывании беременности обсуждается только при диагностике рака в первом триместре.

Собственный опыт. За период с 2006 по 2011 год в маммологическом отделении ГЛПУ ЧОКОД проходили лечение 18 пациенток с раком молочной железы, ассоциированным с беременностью (нами принятый критерий включения – диагноз рака выставлен во время беременности или в срок до года после родов или окончания грудного вскармливания). Средний возраст составил – 33 года (от 25 до 43 лет). В профессиональном отношении ни одна из женщин не была связана с вредным производством или с какой-либо вредностью вообще (экономисты, бухгалтера, продавцы, домохозяйки, и т.д.). Все женщины обнаружили заболевание молочных желез самостоятельно. Соотношение левой/ правой стороны по локализации рака 1/1. Течение беременностей – без особенностей за исключением выраженного токсикоза с угрозой выкидыша на последнем триместре беременности в одном случае, и угрозы выкидыша на сроке 7 месяцев в другом. Сроки беременности в среднем составили – 39 не-

дель. Характеристика родов: 5 женщин – кесарево сечение; затяжные роды – 1, без значимых отклонений – 10, 2 аборта на сроке 5 недель. Соотношение пола родившихся детей девочки/мальчики = 4/1, отклонений в состоянии здоровья детей не выявлено. При анализе группы крови матерей и детей (где известно) закономерностей на имеющемся материале не найдено. Сроки выявления изменений в молочной железе: 14 женщин – после прекращения кормления грудью, 2 женщины – во время беременности (на сроке 3 недели и в III триместре беременности); 1 женщина – после медикаментозного аборта. Онкологический семейный анамнез женщины – рак молочной железы в 4 случаях; желудок – 1, кишечник 4 случая, матка, предстательная железа, головной мозг, поджелудочная железа – по 1. На октябрь 2011 г. у 1 пациентки имеется генерализация заболевания (стадия $T_3N_0M_0$, время до прогрессирования – 5 лет). Четыре пациентки умерли (стадия на момент первоначального диагноза $T_4N_1M_1$, общая выживаемость 2,5 года, - стадия $T_4N_3M_1$, общая выживаемость 3 года, - стадия $T_2N_1M_0$, время до прогрессирования 14 мес, общая выживаемость 2 года, - стадия $T_3N_1M_1$, общая выживаемость 2,5 года).

Выводы. Нет однозначных данных о влиянии беременности на отдаленные результаты лечения рака молочной железы. Во всех случаях следует стремиться к морфологической верификации диагноза рака молочной железы у беременных пациенток. Диагностический алгоритм может включать рентгенологические методы только при невозможности стадировать рак и составить план лечения без их применения. Прерывание беременности не является обязательным, решение принимается строго индивидуально. Лечебный алгоритм допускает хирургическое лечение во всех триместрах беременности и химиотерапию во втором и третьем, план лечения составляется индивидуально.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В ПРОЦЕССЕ АУТОМИЕЛОХИМИОТЕРАПИИ У ПЕРВИЧНЫХ БОЛЬНЫХ ЛИМФОМой ХОДЖКИНА С ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ФАКТОРАМИ

Н.М. Тихановская, И.А. Горошинская,
И.Б. Лысенко, Е.А. Капуза

РНИИО, г. Ростов-на-Дону

Лимфома Ходжкина (ЛХ) гетерогенна по своему клиническому течению и требует индивидуального подхода к лечению больных. По литературным данным от 10 до 40% случаев лимфомы Ходжкина являются резистентными к химиотерапии, что выражается в отсутствии полных ремис-