

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ РАННИХ, МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ И ДИССЕМНИРОВАННЫХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.Т. Ижанов, А.А. Сарсембаев,
М.К. Изликов, Н.Б. Бимаганбетова

Южно-Казахстанский ООД, г. Шымкент, Казахстан

Рак молочной железы наиболее частая форма рака у женщин, и в ближайшие 10 лет ожидается, что этим заболеванием будут страдать около 5 млн женщин в мире (Тарутинов В.И., 2003). В Республике Казахстан это форма опухоли находится на первом месте в структуре заболеваемости у женщин (19,1%), а частота ее неизменно растет.

Цель работы: на основе изучения отдаленных результатов лечения рака молочной железы в зависимости от стадии предложить в практику наиболее эффективные методы лечебных воздействий.

Материалы и методы исследования: ретроспективно прослежена пятилетняя выживаемость 1047 больных раком молочной железы. Из них 425 леченных только оперативным путем, 38 – получивших комбинированное лечение, 584 – комплексное лечение. Хирургическое лечение было в различных вариантах: радикальная резекция по Блохину, радикальная мастэктомия по Маддену, до радикальной мастэктомии по Холстеду.

Результаты и обсуждение: на эффективность методов проведенного лечения при раке молочной железы оказывали следующие факторы: Размеры опухоли и ее взаимоотношение с окружающими тканями молочной железы. Морфология и степень злокачественности опухоли. Возраст и состояние иммунитета организма больных. Чувствительность опухоли к лучевой терапии, а также к химио- и гормонотерапии.

Выводы:

При раннем раке ($T_1N_0M_0$) наиболее эффективным способом лечения является хирургический метод лечения (широкая секторальная резекция с лимфодиссекцией подмышечных лимфоузлов на стороне поражения). При этом пятилетняя выживаемость составила (90%). При (Па-Пб) лечебный эффект достигнуто от комплексной терапии (РМЭ + химиотерапия + лучевая терапия). Более 5-ти лет живут (75-80% при Па ст. и 70-75% при Пб ст.) При III-IV ст. провели (НАПХТ 4-6курсов в комбинации с лучевой и гормонотерапией + РМЭ по Холстеду). Пятилетняя выживаемость составила 58-65%.

Усовершенствование схем применения новых химиопрепаратов с учетом биоритма и гормонального статуса организма, а также включение в эту схему лечения радикальных операций в сравнительном аспекте дает хорошие отдаленные результаты.

РЕАКЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ

Д.И. Искаков, А.В. Важенин,
П.А. Карнаух, Е.А. Киприянов

Челябинский ОКОД
Уральская КБ ФГУ «РЦРР»
МЗ и социального развития РФ, г. Челябинск

Существующие методы лечения рака предстательной железы (лучевая терапия, техника проведения хирургических вмешательств, гормонотерапия) достигли вершины как с технической, так и с биологической позиции. В виду этого ведется поиск новых или модификация уже известных методов лечения больных раком предстательной железы. В качестве модификатора, избирательно усиливающего чувствительность опухолевых клеток к лучевому лечению, выступает локальная гипертермия. В современной литературе большое внимание уделяется осложнениям лучевого лечения. Среди причин, значительно повышающих риск развития лучевых реакций и осложнений со стороны мочевых путей выделяют: предшествующие операции в объеме аденомэктомии или трансуретральной резекции предстательной железы, короткий интервал (менее 6 недель) между операцией и облучением, сопутствующие заболевания, такие как сахарный диабет, ожирение, стриктуры задней части уретры, камни мочевого пузыря, хронические инфекции нижних мочевых путей. В ряде работ доказано, что применение локальной гипертермии (трансректальным способом) не увеличивает число таких осложнений как лучевые циститы, однако увеличивает число ректитов. Непосредственными нежелательными явлениями, сопровождающими гипертермию, могут быть частые болезненные мочеиспускания (71%), макрогематурия (70%), дизурия (48%), острая задержка мочеиспускания

(10%), гнойно-воспалительные осложнения (15%), недержание мочи (2%).

Проблема эффективного лечения, сочетающего в комплексном подходе применение локальной трансуретральной гипертермии в мировой литературе освещена не достаточно полно и остается не изученной, что и послужило основанием для проведения, данного исследования.

Цель и задачи: определить влияние трансуретральной термордиомодификации лучевого лечения рака предстательной железы на частоту возникновения лучевых реакций и осложнений, выявить непосредственные реакции и осложнения гипертермии, оптимизировать существующие режимы лечения.

Материалы и методы.

В ЧОКОД лечение больных раком предстательной железы методом термордиомодификации выполняется с 2000 года. С целью термордиомодификации применяется локальная трансуретральная гипертермия с использованием аппарата радиоволновой термотерапии опухолей предстательной железы «Радиотерм-Ч». Работа аппарата основана на локальном разогреве биологических влагонасыщенных тканей энергией переменного электромагнитного поля, создаваемого термальным и согласующим электродами. При проведении СПЛИТ-курса ДГТ гипертермию начинают по достижении СОД=12 Гр. На первом этапе лечения гипертермию проводят в 4,6,9, 11,14 дни лучевого лечения. Сеанс гипертермии длится 60 минут, на втором этапе проводят трансуретральную гипертермию после двухнедельного перерыва. ДГТ проводят по 2 Гр до СОД= 68-70 Гр. Описанным методом за период с 2000 по 2009 год пролечен 101 пациент, получены ближайшие и отдаленные результаты, сопоставимые с данными мировой литературы.

Результаты и обсуждение.

В процессе лечения у большинства пациентов (87,13%) имели место такие побочные явления как дизурия и незначительная уретроррагия. Они носили временный характер, и, как правило, не требовали дополнительного лечения, купировались самостоятельно. Выполнение эпицистостомии в связи с острой задержкой мочеиспускания потребовалось 2 (1,98%) пациентам.

Выводы: применение локальной трансуретральной гипертермии в качестве радиомодифицирующего фактора при лучевом лечении больных раком предстательной железы не увеличивает частоту лучевых реакций и осложнений, непосредственные реакции на проведение трансуретральной гипертермии являются кратковременными и позволяют продолжить лечение.

В ходе исследования планируется дополнить выборку пациентов с приведением непосред-

ственных результатов лечения, изучить отдаленные результаты трансуретральной гипертермии, спектр отдаленных осложнений термордиомодификации лучевого лечения рака предстательной железы. Для сравнения будут использованы как клинические, так и лабораторно-инструментальные данные.

ГОДИЧНАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНЬ

Р.Ш. Ишмуратова

ЦНИЛ Башкирского ГМУ, г. Уфа

В клинике онкологии Башкирского ГМУ в течение последних лет (2004-2010) проводятся активные исследования, связанные с внедрением новых технологий в лечение метастазов при раке органов пищеварения. Радиочастотная термоабляция метастазов в печень находит широкое применение в практической онкологии. Первые исследования по воздействию радиочастотного излучения (РЧИ) на живую ткань провел d'Arsonval в 1891 г. Им было доказано, что прохождение радиочастотных волн через ткань вызывает местное повышение температуры. Отличительным моментом было то, что при этом не происходит нервно-мышечного возбуждения. Физический смысл воздействия радиочастотного излучения в том, что электромагнитный поток, проходя через биологические ткани, вызывает возбуждение ионов, которые приходят в движение и разогревают окружающие ткани. Температура, превышающая 110 градусов, приводит к закипанию либо обугливанию ткани с образованием пузырьков газа.

Цель исследования: изучить годовую выживаемость больных с метастазами в печень после радиочастотной абляции.

Материал и методы.

При радиочастотной деструкции необходимо создать сферическую зону некроза. Это достигается путем увеличения поверхности излучения при использовании специальных многоэлектродных зондов.

Нами использовалась аппаратура компании RITA Medical Systems, которая производит аппараты мощностью до 150 Вт и игольчатые зонды диаметром 14-15G типа «Star Burst», содержащие зонды с четырьмя электродами в виде крючков (с диаметром раскрытия от 2 до 5 см). Электроды имеют термодатчики, что позволяет контролировать