

## 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<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>) 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 комбинаций 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