

во всех случаях регрессия опухоли составила 50 % и более. Полный регресс опухоли наступил у 4 (20 %) больных. В контрольной группе регрессия составила 35–50 %, полная регрессия наступила у 4 (14 %) больных. После обоих методов неоадьювантной химиотерапии наблюдался комплекс морфологических признаков, свидетельствовавших об однотипных проявлениях лечебного патоморфоза РМЖ: некробиотических и дистрофических процессах в раковых клетках, развитии выраженной десмопластической реакции, фиброза и гиалиноза. При морфометрическом исследовании были выявлены следующие показатели. Площади паренхимы и стромы в основной и контрольной группах достоверно не отличались ($73,6 \pm 7,1$ % и $75,6 \pm 4,2$ %; $19,1 \pm 4,3$ % и $20,4 \pm 4$ % соответственно). Митотическая активность опухолей в обеих группах была низкой. Имелись достоверные отличия в количестве дистрофически измененных клеток в

основной и контрольной группах ($351,8 \pm 21,7$ % и $189 \pm 11,7$ % соответственно, $p \leq 0,05$). Метастатическое поражение лимфатических узлов в обеих группах также наблюдалось практически с одинаковой частотой: в основной – в 27 %, в контрольной – в 21 % случаев. В метастатически пораженных лимфоузлах под действием проводимой терапии как в основной, так и в контрольной группах обнаруживали признаки патоморфоза. В лимфатических лимфоузлах без метастазов наблюдался синусовый гистиоцитоз и очаговый липоматоз.

Выводы. Проведенные морфологические исследования показали, что эндотуморальная АГХТ с низкими дозами цитостатиков и высокодозная системная АГХТ в целом оказывают сходное повреждающее воздействие на раковые опухоли молочной железы, что коррелирует с клиническими данными.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЛОКОРЕГИОНАРНЫХ РЕЦИДИВОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.М. НЕПОМНЯЩАЯ, Р.Н. САЛАТОВ, Р.Г. ЛУГАНСКАЯ

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»

Рак молочной железы является одной из наиболее актуальных проблем современной онкологии.

Цель исследования – изучить ближайшие результаты лечения рецидивных раковых опухолей молочной железы под действием неоадьювантной аутомиелохимиотерапии.

Материал и методы исследований клинический, сонографический, морфологический. Аутомиелохимиотерапия (АМХТ) успешно применяется при лечении рака молочной железы (РМЖ) с 2001 г. Отмечено, что изменения в метастатических лимфоузлах были более выражены при АМХТ, чем при аутогемохимиотерапии (АГХТ), что свидетельствовало о повышенной тропности цитостатиков, связанных с клетками костно-мозговой взвеси, к лимфоидной ткани (Сидоренко Ю.С., 2004). Данное положение позволило предположить, что этот метод будет эффективным при лечении локорегионарных рецидивов и местных метастазов РМЖ.

Результаты. В исследование было включено 10 больных раком молочной железы, находящихся на лечении в отделении опухолей мягких тканей РНИОИ с 1995 по 2004 г. Для оценки эффективности терапии перед применением методики и через 2 нед после лечения выполнялось ультразвукографическое и доплерографическое исследование области послеоперационного рубца и передней грудной стенки на стороне поражения. После цитологической верификации процесса и общеклинических исследований больным проводился 1 курс неоадьювантной аутомиелохимиотерапии (НАМХТ) по схеме САФ. Суммарная доза цитостатиков при НАМХТ составила: доксорубицин 80–100 мг, циклофосфан 1500–1600 мг, 5-фторурацил 1500 мг. Эксфузию костно-мозговой взвеси проводили дважды в 1-й и 8-й дни лечения. Инкубированную с химиопрепаратами костно-мозговую взвесь вводили в тот же день внутривенно капельно в течение 1,5–2 ч. После окончания инфузии

больной проводили термометрию, контроль артериального давления, адекватности пульса, диуреза трехкратно с интервалом 1–1,5 ч. При реинфузии костно-мозговой взвеси, инкубированной с химиопрепаратами, ни в одном случае не отмечено явлений лейкопении или гастроинтестинального синдрома. У всех больных отмечалась аллопеция I степени.

Оценку эффективности НАМХТ проводили через 14 дней после окончания лечения согласно рекомендациям ВОЗ по стандартизации результатов лечения. В результате проведенного лечения клинически и по данным УЗИ с применением доплерографии у всех больных констатирована частичная регрессия опухоли

(резорбция более чем на 50 %). Операционный материал исследовали гистологически. При морфологическом исследовании были диагностированы метастазы инфильтрирующего протокового рака железисто-солидного строения. При этом в опухоли были отмечены признаки лечебного патоморфоза разной степени выраженности в виде снижения митотической активности, дистрофических и некробиотических процессов.

Выводы. Положительные непосредственные результаты неoadьювантной аутомиелохимиотерапии и низкая токсичность позволяют говорить о перспективности данного метода.

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ И РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

И.Н. ОДИНЦОВА, Л.Ф. ПИСАРЕВА

ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»

Томская область относится к территориям с высокими показателями заболеваемости и смертности от рака молочной железы (РМЖ). По уровню заболеваемости она занимает 9-е место среди 22 административных территорий региона Сибири и Дальнего Востока и 4-е – в Сибирском федеральном округе, по показателям смертности – 8-е и 6-е место соответственно. Разработка системы профилактических мероприятий, стратегия деятельности специализированной онкологической службы, мероприятия по реабилитации населения основываются на результатах эпидемиологических исследований структуры, динамики онкозаболеваемости, а также факторов, способствующих их возникновению.

В формировании здоровья населения определенную роль играет демографическая ситуация. Для корректной оценки онкоэпидемиологической ситуации необходимы сведения о численности населения и его возрастной структуре. Рождаемость, общая смертность, средний возраст и процент населения старше трудоспособного возраста, определяя этот показатель, существенным образом влияют на уровень онкологической заболеваемости.

В основу исследования положены данные о заболеваемости раком молочной железы (1992–2006 гг.) женского населения и данные Госкомстата по демографической ситуации в Томской области. С начала 90-х годов в Томской области численность населения. Депопуляция в области – явление долговременное и, как показывают расчеты, проведенные Государственным комитетом РФ по статистике, будет сохраняться до 2016 г. За 10 лет Томская область в результате естественной убыли потеряла более 35 тыс. человек населения, из них 60 % составляют жители сельской местности.

Три компонента демографического развития влияют на динамику численности населения и на половозрастную структуру: рождаемость, смертность и миграция. В 2006 г. коэффициент рождаемости в области составил 11,2 случая на 1000 населения, коэффициент смертности – 13,5. Естественная убыль населения составила 2,8 на 1000 жителей. Среди территорий СФО регион имеет средний уровень рождаемости и смертности.

Наряду с изменениями количественного состава наблюдаются изменения в возрастной структуре населения. Снижается удельный вес