

схеме пролечен 21 больной. По 2-му протоколу – CWS-96, который включал в себя современные, более активные цитостатики платинового ряда (карбоплатин), пролечено 10 больных. Продолжительность терапии 4-6 мес.

Результаты. При сравнении результатов лечения по двум протоколам ПХТ выяснилось, что эффективность их примерно одинакова: регрессия опухоли наблюдалась у 10 больных при применении 1-го протокола и у 4 больных при использовании 2-го протокола. При этом выра-

женность побочных действий преобладала при лечении больных по 2-му протоколу.

Вывод. В современных условиях ПХТ наряду с хирургическим лечением и ТГТ должна быть обязательной составляющей комбинированного лечения рабдомиосаркомы, позволяющей увеличить выживаемость больных, расширить возможности органосохранных методов, избежать калечащих операций и таким образом повысить качество жизни пациентов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРГЛАБИНА В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Б. Сирота¹, К.Ж. Мусулманбеков¹, С.М. Адекенов²

¹Карагандинская государственная медицинская академия

²Институт фитохимии МОН РК, Караганда, Казахстан

Задачи исследования. Изучение эффективности применения арглабина в лечении местнораспространенного рака молочной железы (МРМЖ).

Материалы и методы. В исследование включены 122 больных МРМЖ в возрасте от 35 до 75 лет, разделенные на 3 группы. 1-я группа – 30 больных МРМЖ, в комплексное лечение которых было включено интратуморальное введение арглабина при предоперационной лучевой терапии (ЛТ), которая проводилась мелкими фракциями на аппаратах «АГАТ-С» и «АГАТ-Р». Арглабин вводили под контролем ультразвуковой топометрии в виде 2 %-ного раствора из расчета 2 мг препарата на 1 см³ опухоли 2 раза в нед за 10-15 мин до сеанса ЛТ. Оперативное вмешательство проводилось через 10 дней после ЛТ в объеме радикальной мастэктомии по Пейти с последующей химиогормонотерапией. 2-я группа – 42 больных МРМЖ, в комплексное лечение которых включен курс неoadъювантной монокимиотерапии арглабином при предоперационной ЛТ. Арглабин вводили из расчета 185 мг/м² в виде 2 %-ного раствора внутривенно за 15-20 мин до сеанса ЛТ. Методика фракционирования дозы – та же, что у больных 1-ой группы. Количество введений арглабина 15-20. 3-я группа – 50 больных МРМЖ, получавших комплексное лечение без арглабина в класси-

ческом варианте (ЛТ + радикальная мастэктомия + химиогормонотерапия). Эти больные составили группу контроля.

Результаты и выводы. Эффективность лечения больных в 1-й и 2-й группах выше на 30 %, чем в контрольной. У больных, получавших ЛТ с интратуморальным введением арглабина, опухоль уменьшилась в 5,5 раз, у больных, получавших внутривенно арглабин, – в 8,5 раза, у больных контрольной группы – в 2,8. Патоморфоз опухоли III-IV степени составил (62,9±9,6) % в группе больных, получавших арглабин интратуморально, в группе внутривенного введения – (50±9,1) %, без арглабина – (34,9±8,8) %. Интратуморальное применение арглабина не оказало позитивного влияния на отдаленные результаты лечения больных МРМЖ, в то время как его внутривенное применение повысило 2- 3-летнюю выживаемость на 30 %, безрецидивную 2-, 3-, 4-летнюю выживаемость на 41,2; 61,7 и 27,3 % соответственно и увеличила медиану выживаемости в 2 раза.

Таким образом, включение арглабина в комплексное лечение МРМЖ позволило улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения, повысить показатели общей и безрецидивной выживаемости больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

В.И. Соловьев, Е.Н. Семкина

Областной онкологический клинический диспансер, Смоленск

В структуре онкологических заболеваний женщин рак молочной железы занимает на протяжении ряда лет первое место, и число заболевших продолжает увеличиваться.

Материалы и методы. За период с 1998 по 2003 г. в центре паллиативной помощи Смоленского онкодиспансера химиотерапия с паллиативной целью проводилась 296 пациентам в возрасте от 24 до 75 лет. В

30,8 % случаев имели место метастазы в лимфоузлы, кожу, зону послеоперационного рубца, в 15,4 % – в печень. Наибольшую группу составили больные с метастазами в легкие – 43 %. Ранее всем больным было проведено комплексное лечение в зависимости от стадии заболевания и морфологической структуры опухоли. Лечение проводилось по схемам, в состав которых входили препараты платины и антрациклины.

Результаты. В течение первого года после паллиативной химиотерапии прогрессирование заболевания отмечено у 27 % пациенток, через 3 года – у 34,4 %. У остальных больных (38,6 %) после химиотерапии в настоящее время отмечается стабилизация процесса.

Положительный эффект после проведенного лечения сопровождался регрессом метастазов в паренхиматозных органах, исчезновением жидкости в плев-

ральных полостях, уменьшением одышки, кашля, увеличением степени физической активности по шкале ВОЗ с 4 баллов (значительно снижена) до 2 (больная способна посещать врача).

Медиана безрецидивной выживаемости оказалась равной 1,4 г. Показатель 3-летней безрецидивной выживаемости составил 32,8 %. После детального анализа результатов исследования оказалось, что продолжительность жизни зависит от локализации метастазов. Так, при метастазах в лимфоузлы, мягкие ткани она составила 26 мес, а при метастазах в легкие – 11,4 мес.

Выводы. Паллиативная химиотерапия при метастазах рака молочной железы позволяет не только улучшить качество жизни (в данном случае у 83 % больных), но и увеличить медиану безрецидивной выживаемости до 1,5 лет.

КЛИНИКО – МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ МЕТАСТАЗОВ В КОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Я. Ф. Шамсутдинова

Казанская Государственная Медицинская Академия

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин рак молочной железы занимает 1 место, и число заболевших продолжает увеличиваться.

Цель исследования. Совершенствование методов ранней диагностики костных метастазов у больных РМЖ.

Задачи: 1) изучение локализации костных метастазов у больных РМЖ; 2) изучение уровня кальция в сыворотке крови.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 280 больных РМЖ с метастазами в кости, наблюдавшихся в Городском и Республиканском клинических онкологических диспансерах г. Казани с 1997 по 2003 гг. Выявлены следующие гистологические типы опухолей: инфильтрирующие раки – 78 %, среди которых 52 % – протоковый инфильтрирующий рак; 18 % – протоковый инвазивный рак с преобладанием внутрипротокового компонента; 8 % – дольковый инфильтративный рак; аденокарцинома – 10 %; неинфильтрирующий внутрипротоковый рак составил 9 %; слизистый рак – 3 %.

Рентгенографическое обследование костной системы было проведено 98,0 % больных; ОСТ 70,5 % больных; КТ у – 24,5 % больных.

Результаты. При анализа результатов лучевых методов исследования выявлены характерные для РМЖ локализации костных метастазов: поясничный отдел позвоночника в 60,8 % случаев, у 44,3 % больных в L₅, у 43,0 % – в L₂, у 41,7 % – в L₁, у 40,5 % – в L₃, у 31,6 % – в L₄; у 44,6 % отмечено поражение грудного отдела позвоночника; у 34,6 % – метастазирование в ребра. Чаще встречалось сочетанное поражение различных отделов костной системы. У больных в анализируемой группе был исследован уровень кальция в сыворотке крови. Уровень кальция оставался в пределах нормы у 43,3 % больных, гиперкальциемия наблюдалась у 51,6 %, среди которых 93,5 % больных имели множественные костные метастазы, и только у 6,45 % – единичные метастазы. Показатель уровня кальция в сыворотке у 43,3 % находится в пределах нормы: из этой группы у 80,7 % больных имеются единичные метастазы, у 9,2 % больных – множественные метастазы. У 5,0 % больных отмечалась гипокальциемия при наличии единичных метастазов.

Выводы. 1) наиболее часто костные метастазы РМЖ локализуются в поясничном отделе позвоночника; 2) при наличии множественных костных метастазов у больных РМЖ наиболее вероятно развитие гиперкальциемии.