

($p=0,008$), при стандартном режиме – $23,7 \pm 6,9$ % ($p=0,0002$). В группе контроля частота рецидивов опухоли была максимальной – 26 ($31,3 \pm 5,1$ %) из 83 пациенток ($p<0,01$). Выживаемость без признаков рецидива опухоли составила в исследуемой группе – $96,0 \pm 3,0$ % против $74,4 \pm 10$ % и $69,8 \pm 8,9$ % в группах сравнения, и $57,9 \pm 7,4$ % – в контроле ($p<0,05$). У больных МР РМЖ исследуемой группы безметастатическая выживаемость на уровне восьми лет наблюдения была максимально высокой – $63,6 \pm 6,1$ % по сравнению с пациентками с предоперационной ДГТ крупными фракциями ($40,1 \pm 9,6$ %) и в режиме стандартного фракционирования ($49,6 \pm 9,4$ %) ($p<0,05$). Наиболее низкие показатели безметастатической выживаемости отмечались у больных в группе контроля – $37,0 \pm 7,1$ % ($p<0,05$). Частота летальных исходов – $21,6$ % против $40,37$ и $44,6$ %; общая 8-летняя выживаемость – $70,8 \pm 5,8$ % против $42,4 \pm 10,7$ %, $54,2 \pm 9,6$ % и $40,6 \pm 7,5$ % соответственно ($p<0,05$).

Применение быстрых нейтронов $6,3$ МэВ в комплексном лечении больных с местными рецидивами РМЖ позволило увеличить непо-

средственную эффективность лучевой терапии (в 16 случаях отмечена полная регрессия рецидивной опухоли после нейтронной терапии, в 47 наблюдениях регрессия опухоли наблюдалась при ее сочетании с редкоизионизирующим излучением). В двух случаях (4 %) диагностировалось распространение рецидивной опухоли по краю поля облучения через 1 и 3 года после нейтронной и нейтронно-фотонной терапии. За шесть лет динамического наблюдения выживаемость без признаков повторного рецидива опухоли составила $92,2 \pm 5,7$ %, общая шестилетняя выживаемость больных – $56,0 \pm 8,6$ %.

Выводы. Применение нейтронной терапии в качестве предоперационного курса позволило добиться снижения числа местных рецидивов РМЖ, что оказало положительное влияние на общую выживаемость больных. У пациенток с распространенными местными рецидивами РМЖ нейтронная терапия в отдельных случаях является единственно возможным способом эффективного лечения, которая позволяет добиться увеличения длительности безрецидивного периода.

ЗАВИСИМОСТЬ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ИНФИЛЬТРИРУЮЩЕГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМ СОСТОЯНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

М.В. ЗАВЬЯЛОВА, С.В. ВТОРУШИН, В.М. ПЕРЕЛЬМУТЕР, Е.М. СЛОНИМСКАЯ

ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»

Выраженность лимфогенного метастазирования является одним из общепризнанных прогностических критериев рецидивирования при инфильтрирующем раке молочной железы. Считается, что рецидивы встречаются чаще при метастатическом поражении 4 и более лимфоузлов. Однако практически отсутствуют сведения об изучении данной зависимости у больных с разным состоянием менструальной функции.

Целью настоящего исследования явилось изучение зависимости рецидивирования инфильтрирующего рака молочной железы от выраженности лимфогенного метастазирования

у больных с сохраненной менструальной функцией и в менопаузе.

Материал и методы. Исследовался операционный материал от 614 больных инфильтрирующим раком молочной железы $T_{1-3}N_{1-2}M_0$. У 266 менструальная функция была сохранена (средний возраст – $43,0 \pm 5,5$ года), у 348 – определялась менопауза (средний возраст – $59,4 \pm 8,1$ лет). Рецидивы были обнаружены у 64 больных. Безрецидивный период у больных с сохраненной менструальной функцией составил $39,0 \pm 31,1$ мес; у пациенток с менопаузой – $30,6 \pm 30,1$ мес. 438 больным проводилась неоадьювантная

химиотерапия по схеме CMF или FAC, 176 пациенток предоперационной терапии не получали. Хирургическое лечение проводилось в объеме радикальной мастэктомии или радикальной резекции молочной железы. В послеоперационном периоде больным по показаниям проводилась химиотерапия, лучевая и антиэстрогенная терапия. Сроки наблюдения за больными составили 5–10 лет. Для гистологического исследования операционный материал обрабатывался по стандартной методике. Оценивалась ткань первичных опухолевых узлов и все аксиллярные лимфатические узлы. Обработка полученных данных выполнялась с использованием пакета программ «Statistica 6.0 for Windows».

Результаты. Проведенное исследование не выявило зависимости рецидивирования от факта лимфогенного метастазирования ни в общей группе, ни у больных с сохраненной менструальной функцией, ни у пациенток с менопаузой (соответственно: $\chi^2=0,38$; $p=0,54$; $\chi^2=0,15$; $p=0,69$;

$\chi^2=0,18$; $p=0,66$). Во всех трех перечисленных группах рецидивы встречались приблизительно с одинаковой частотой. Иные результаты были получены при изучении выраженности лимфогенного метастазирования. Как в общей группе, так и у больных с сохраненной менструальной функцией рецидивы обнаруживались при большем числе пораженных метастазами лимфоузлов (соответственно: в общей группе $6,8 \pm 6,5$ и $4,2 \pm 4,5$; $F=5,9$; $p=0,01$; у больных с сохраненной менструальной функцией – $6,6 \pm 4,9$ и $3,0 \pm 3,1$; $F=9,4$; $p=0,002$). У больных с менопаузой подобная закономерность отсутствовала ($5,1 \pm 3,9$ и $5,0 \pm 5,0$; $F=0,01$; $p=0,89$).

Выявленные данные указывают на необходимость дифференцированного использования для прогнозирования рецидивирования такого параметра, как выраженность лимфогенного метастазирования с учетом состояния менструальной функции больных.

ЗАВИСИМОСТЬ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ИНФИЛЬТРИРУЮЩЕГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМ СОСТОЯНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

М.В. ЗАВЬЯЛОВА, С.В. ВТОРУШИН, В.М. ПЕРЕЛЬМУТЕР, Е.М. СЛОНИМСКАЯ

ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»

Известно, что рецидивирования при раке молочной железы зависит от такого морфологического параметра, как степень злокачественности инфильтрирующего протокового рака. Считается, что чем выше степень злокачественности, тем выше риск возникновения рецидива. Однако признаки, определяющие степень злокачественности, мало вариабельны, и в связи с этим возникает необходимость поиска новых, более информативных гистологических критериев прогноза рецидивов.

Целью настоящего исследования явилось изучение зависимости рецидивирования инфильтрирующего рака молочной железы от морфологического строения первичной опухоли у больных с сохраненной менструальной функцией и в менопаузе.

Материал и методы. В исследование были включены 614 больных инфильтрирующим раком молочной железы $T_{1-3}N_{1-2}M_0$. У 43% менструальная функция была сохранена (средний возраст – $43,0 \pm 5,5$ года), 57 % находились в менопаузе (средний возраст – $59,4 \pm 8,1$ года). Рецидивы определялись у 10 % больных. Безрецидивный период у больных с сохраненной менструальной функцией составил $39,0 \pm 31,1$ мес; у пациенток с менопаузой – $30,6 \pm 30,1$ мес. 71 % больных проводилась неoadьювантная химиотерапия по схеме CMF или FAC. Объем операции соответствовал радикальной мастэктомии или радикальной резекции молочной железы. В послеоперационном периоде больным по показаниям проводилась химиотерапия, лучевая и антиэстрогенная терапия. Сроки наблюдения за больными составили 5–10