

Кенжаев Б. И., Нуритов А. И.

ВКЛЮЧЕНИЕ В СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ АНТРАЦИКЛИНОВ ДОКСОРУБИЦИНА

*Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан*

Во всем мире ежегодно регистрируется более 570 000 новых случаев рака молочной железы (РМЖ). В Европе диагностируется 250 000 новых случаев РМЖ, 60 000 больных умирают от этого заболевания. Анализ заболеваемости за 1990-2004 гг. свидетельствует о том, что РМЖ вышел на первое место среди опухолей всех локализаций у женщин, его удельный вес составил в 2004 г. по России 19,8 %, по Узбекистану — 19,5 %, прирост показателей смертности от РМЖ составляет 17,4 % и 18,4 % соответственно. Рак молочной железы характеризуется многообразием клинических проявлений. Среди местно-распространенных форм рака молочной железы 15 % случаев составляют отечно-инфильтративные формы (ОИФ).

Цель исследования: оценка эффективности неoadъювантной полихимиотерапии (ПХТ) ОИФ РМЖ с включением в схему антрациклинов доксорубицина.

Материалы и методы. Под наблюдением и лечением находилось 89 больных ОИФ РМЖ (наблюдавшихся в клинике Ташкентского областного онкологического диспансера за период 2000 по 2007 гг.) в возрасте от 29 до 71 года. Средний возраст больных составил $52,1 \pm 10$ лет. 34 (38,2 %) больных были репродуктивного возраста, 13 (14,6 %) больных — в периоде менопаузы, 42 (47,2 %) больных — в менопаузе. Всем больным проведено комплексное обследование, включающее клинико-инструментальные, лабораторные, морфологические методы исследования. Диагноз верифицирован цитологическим методом, у всех больных установлена аденокарцинома, гистологически — у оперированных больных. В соответствии с Международной классификацией TNM (ВОЗ, 2002) стадия T4N0M0 установлена у 6 (6,6 %) больных, стадия T4N1M0 — у 52 (57,1 %), стадия

T4N2M0 — у 33 (36,3 %) больных. Из групп исключены больные с тяжелыми соматическими заболеваниями, первично генерализованной стадии. Все больные распределены на две группы в зависимости от схемы ПХТ. I группа — группа наблюдения — составила 45 (50,6 %) больных, которым проведена неоадьювантная ПХТ с включением в схему доксорубина (АСМФ, САФ, FAC), II группа — 44 (49,4 %) больных (контрольная группа) получили неоадьювантную ПХТ схемами, не содержащими атрациклины (СМФV, СМФ, СМV). В зависимости от эффективности проводимой терапии было проведено от 2 до 6 курсов неоадьювантной ПХТ. В группе наблюдения 20 (44 %) больным проведена предоперационная лучевая терапия (СОД — 50 Гр, РОД — 2 Гр), в контрольной группе 38 (86,4 %) больным проведена лучевая терапия. Оценка эффективности неоадьювантной ПХТ проводилась в соответствии с критериями ВОЗ, токсические проявления ПХТ оценены по шкале токсичности СТС-NCIS и оценивались показатели трехлетней выживаемости.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов лечения больных ОИФ РМЖ показал, что при использовании схемы, содержащей доксорубин, лечение оказалось более эффективным по сравнению с контрольной группой, и общий эффект составил $86,6 \pm 1,3$ %. При использовании схемы, не содержащей атрациклины, общий эффект получен в $68,9 \pm 0,9$ % случаев ($p < 0,001$). Отсутствие эффекта от проведенной неоадьювантной ПХТ наблюдалось в 11,1 % в группе наблюдения и в 2 раза больше в группе контроля ($p < 0,05$). Наши исследования показали, что токсические проявления неоадьювантной ПХТ по критериям токсичности по СТС-NCIS в основной и контрольной группе были не выраженными I-II степени и купировались симптоматической терапией. В группе наблюдения токсические проявления ПХТ были выявлены у 30 ($66,6 \pm 0,8$ %) больных. В контрольной группе токсическое проявление ПХТ отмечалось у 29 ($64,4 \pm 0,7$ %) больных ($p < 0,001$). Проведенная неоадьювантная ПХТ больным ОИФ РМЖ позволила провести оперативное лечение 69 (75,8 %) больным из 89. В группе наблюдения из 45 больных ОИФ РМЖ у 39 ($86,7 \pm 1,3$ %) произведена операция мастэктомия по Пейти-Диссону и по Маддену. В контрольной группе оперативное лечение было проведено у 29 ($65,9 \pm 0,9$ %) из 44 больных. Все больные после операции получали адьювантную ПХТ теми же схемами от 5 до 6 курсов и гормонотерапию (тамоксифен). В группе наблюдения из 39 оперированных 21 (53,8 %) больной проведена послеоперационная лучевая терапия, в контрольной группе лучевую терапию получили 19 (65,5 %) больных. Анализ результатов клинического наблюдения больных позволил выявить рецидивы и метастазы РМЖ после лечения. В группе наблюдения и контрольной группе местные рецидивы выявлены через 12,8 мес. и 11 мес. соответственно, у 5 (12,8 %) и у 4 (13,8 %). В то же время метастазы в I группе были выявлены

на 12,4 % меньше, чем в контрольной группе. Общая 3-летняя выживаемость в основной группе составила 64,4 %, в группе контроля — 52,3 %.

Выводы. Проведенная неoadьювантная ПХТ у больных ОИФ РМЖ позволяет добиться общего эффекта в 86,6 % случаях, что обеспечивало проведение радикальных операций у 86,9 % больных и общей 3-летней выживаемости у 64,4 % больных. Первую линию неoadьювантной ПХТ при ОИФ РМЖ целесообразно проводить схемами, содержащими антрациклины.