

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Анохина И.В., 2015
УДК 618.19-006.6-08

**РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОАДЬЮВАНТНОГО ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ
МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

И.В. АНОХИНА

Республиканский онкологический научный центр, г. Душанбе, Таджикистан

**THE RESULTS OF NEOADJUVANT CHEMORADIATION TREATMENT
OF LOCALLY ADVANCED BREAST CANCER IN THE REPUBLIC OF
TAJKISTAN**

I.V. ANOHINA

National oncological centre, Dushanbe, Tajikistan

В настоящей работе представлены результаты исследования 52 больных местно-распространённым раком молочной железы, получивших комплексное лечение, которое включало неoadъювантные курсы химиолучевой терапии, хирургическое вмешательство различного объёма, адъювантные курсы химиолучевой терапии и гормонотерапию. Данное лечение позволило увеличить число оперированных больных, уменьшить частоту возникновения местных и отдаленных метастазов и, тем самым, улучшить результаты лечения больных местно-распространённым РМЖ.

Ключевые слова: местно-распространенный рак молочной железы, неoadъювантные и адъювантные курсы химиолучевой терапии, гормонотерапия.

In the present work presents the results of a study of 52 patients with locally advanced breast cancer who received integrated treatment, which included courses of neoadjuvant chemoradiation therapy, surgery of varying volume, courses of adjuvant chemotherapy and hormone therapy. This treatment allowed us to increase the number of operated patients, to reduce the incidence of local and distant metastases and, thereby, to improve the results of treatment of patients with locally advanced breast cancer.

Keywords: locally common breast cancer, neoadjuvant and adjuvant courses of chemo / radiotherapy, hormonotherapy.

Введение

Рак молочной железы прочно удерживает первое место в структуре онкологической заболеваемости. Статистические данные последнего десятилетия свидетельствуют о неуклонном росте показателей заболеваемости и смертности во всём мире [1].

Несмотря на улучшение диагностики, проведение лечебно-профилактических и образовательных мероприятий, большое число пациенток обращается уже на поздних стадиях заболевания. По данным российской статистики на долю третьей и четвертой стадии РМЖ приходится 39,4%. Аналогичный показатель в странах Европейского Союза и США составляет 15-20% и вопреки значительным финансовым вливаниям не меняется в течение последних 10 лет. Такая же картина прослеживается и в Таджикистане, по данным центра медицинской статистики и информации МЗ заболеваемость раком молочной железы со-

ставляло 4,6 на 100 тыс. населения в 2009 году (по обращаемости больных с III стадией МРРМЖ в ГУ ОНЦ МЗ РТ составляет 60%).

Немаловажную роль в исходе заболевания играют состояние овариально-менструальной функции женщины, её возраст, состояние репродуктивной системы, генетические факторы, особенности характера питания, наличия дисгормональных заболеваний молочных желёз [2, 3, 4, 5]. Спорным до настоящего времени остаётся вопрос о выборе тактики лечения РМЖ при разных стадиях злокачественного процесса [3]. В особенности интерес представляет группа больных местно-распространённым раком молочной железы.

Под местно-распространённым раком молочной железы понимается рак молочной железы при наличии, по крайней мере, одного из признаков распространения опухоли на коже молочной железы, распространение опу-

холи на подлежащую грудную стенку, метастазы в ипсилатеральных надключичных лимфатических узлах, метастазы ипсилатеральные аксиллярные, спаенные между собой или фиксированные к другим структурам; большая опухоль в малой молочной железе.

Ежегодно в мире выявляется 300-350 тыс. новых больных местнораспространённым раком молочной железы. В России в структуре онкологической заболеваемости женщин рак молочной железы занимает первое место. Такой же факт заболеваемости выявлен и в РТ. Имеется тенденция к его неуклонному росту и омолаживанию.

К сожалению, в литературе отсутствуют данные об удельном весе местнораспространённых форм рака молочной железы в среде вновь выявленных больных

Местнораспространённый рак молочной железы отличается не только степенью распространённости опухоли, также при этом возрастает частота опухолей с неблагоприятным прогнозом [7].

Лечение местнораспространённого РМЖ (или первично иноперабельного РМЖ) складывается из предоперационного (индукционного) лечения, местного лечения (операция или лучевая терапия (ЛТ), или сочетание ЛТ с операцией) и адъювантной терапии. Такая тактика, общепринятая в настоящее время, сложилась не сразу. Исходно местнораспространён-

ный рак был идентифицирован как иноперабельный. Здесь, прежде всего, можно сослаться на классические работы С. Наagensen. По его определению, операбельность при РМЖ подразумевает не просто техническую возможность полного удаления опухоли, но и возможность достижения с помощью операции стойкого местнорегионарного контроля болезни.

Итак, иноперабельные больные получали ЛТ, часть из них затем подвергалась операции. В дальнейшем местное лечение стали дополнять проведением химиотерапии (ХТ) и эндокринной терапии (ЭТ). Неудовлетворительные результаты были связаны с тем, что системную болезнь лечили местными средствами, либо системную терапию применяли в последнюю очередь.

Революционным было предложение начинать лечение местнораспространённого рака, как системной болезни, с проведения индукционной системной и регионарной химиотерапии, что позволило увеличить число оперированных больных, уменьшить частоту возникновения местных и отдалённых метастазов и, тем самым, улучшить результаты лечения больных местнораспространённым РМЖ [8, 9, 10].

Цель исследования

Оценить эффективность неoadъювантного химиолучевого лече-

ния в зависимости от безрецидивной 5-летней выживаемости.

Материалы и методы

Нами изучены результаты лечения 52 больных местно-распространённым раком молочной железы. Их возраст варьировал от 36 до 73 лет (медиана 51 год). По международной

классификации TNM больные распределялись следующим образом: IIб стадия (T3N0M0) – 4 (7,6%) пациентки, IIIа стадия (T3N1M0, T3N2M0) – 32 (61,5%) пациентки, IIIб стадия (T4N1M0, T4N2M0) – 14 (26,9%) пациенток, IIIс (T3N3M0) – 2 (3,8%) пациентки (рис. 1).

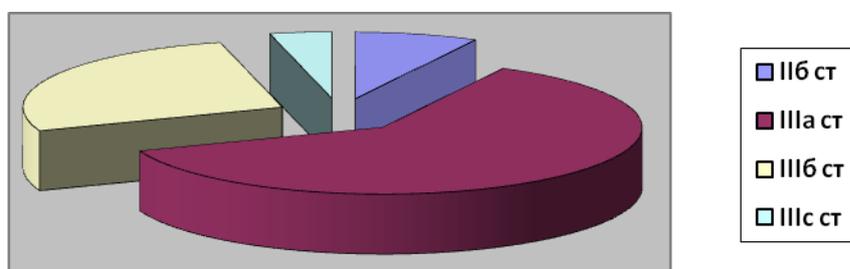


Рис. 1. Распределение больных местно- распространённым РМЖ в зависимости от стадии

Исходя из особенностей овариально-менструального статуса больные распределялись: менопауза отмечалась у 29 (55,7%) пациенток, у 23 (44,2%) больных менструальная функция была сохранена.

Всем больным в нашем исследовании было проведено комплексное лечение, которое включало неoadъювантные курсы химиолучевой терапии, хирургическое вмешательство различного объёма, адъювантные кур-

сы химиолучевой терапии и гормонотерапию.

В зависимости от проводимых вариантов комплексного лечения пациентки исследуемой группы распределялись следующим образом (рис. 2).

Таким образом, диаграмма 2 показывает, что 21 (40,3%) пациентки получили лечение по схеме: ХТ + операция + ЛТ + ХТ + ГТ, 8 (15,3%) пациенткам на первом этапе лечения проводилось неoadъювантная химио-

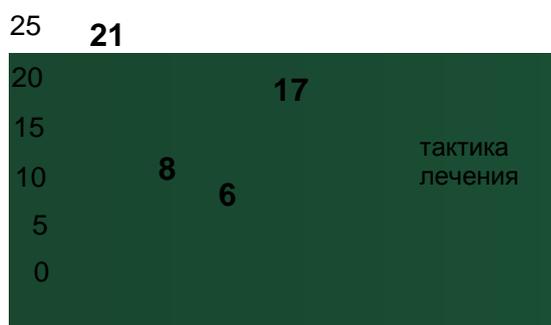


Рис. 2. Распределение больных местно-распространенным РМЖ в зависимости от вида лечения

терапия, затем операция, далее адъювантная лучевая химиотерапия, 6 (11,5%) больным было проведено лечение по схеме: ХТ + операция + ХТ + ГТ, и только лучевая терапия на первом этапе в сочетании с операцией и последующей химиотерапией было применено в 17 (32,6%) клинических случаях.

Эффективность проводимого неoadъювантного лечения оценивалась с учётом клинической динамики по стандартным критериям ВОЗ с двухмерным измерением наибольших диаметров: полный ответ (регресс) – 100% исчезновение опухоли, частичный ответ – уменьшение размера опухоли на 50% и более, стабилизация – уменьшение размера опухоли менее, чем на 50%, прогрессирование – увеличение размера опухоли более чем на 25% и степени лечебного патоморфоза после проведенного оперативного лечения [6].

Результаты и их обсуждения

Так, из 35 больных, получивших в неoadъювантном режиме курсы

химиотерапии, уменьшение размеров опухолевого узла, отека и гиперемии кожи молочной железы, а так же уменьшение регионарных лимфоузлов наблюдалось у большинства больных, – 33 (63,4%), у 2 (3,8%) отмечалась стабилизация процесса. Морфологически наблюдаемый лечебный патоморфоз различной степени выраженности отмечается практически у всех данной группы больных – 35 (67,3%).

У 15(28,8%) больных, получивших предоперационную лучевую терапию, отмечена стабилизация опухолевого процесса и слабый лечебный патоморфоз, и лишь у 2 (3,8%) больных определялась частичная регрессия опухоли.

Таким образом, общая 5-летняя выживаемость больных в зависимости от вида лечения составила:

ХТ+операция+ЛТ+ХТ+ГТ – 42%,
 ХТ+операция+ЛТ+ХТ – 23%,
 ХТ+операция+ХТ+ГТ – 13%,
 ЛТ+ операция+ХТ – 5,7%.

Безрецидивная 5-летняя выживаемость больных в зависимости от ви-

да лечения составила:

ХТ+операция+ЛТ+ХТ+ГТ – 61%,

ХТ+операция+ЛТ+ХТ – 57%,

ХТ+операция+ХТ+ГТ – 48%,

ЛТ+ операция+ХТ – 23%.

Выводы

Несмотря на значительный прогресс в разработке новых методов лечения рака молочной железы, местно-распространённый рак молочной железы создаёт особый интерес, т.к. требует излечение путём применения комплекса хирургической, химиолучевой, гормональной терапии в разных её комбинациях, что не всегда даёт благоприятный прогноз заболевания и ведёт к диссеминации процесса.

Литература

1. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель. – М., 2011.

2. Давыдов М.И. Стандарты лечения больных первичным раком молочной железы / М.И. Давыдов, В.П. Летагин. – М., 2003.

3. Возный Э.К. Некоторые аспекты неoadъювантной терапии местно-распространённого рака молочной железы / Э.К. Возный, Н.Ю. Добровольская, С.Н. Гуров // Юбилейный сборник «Этюды химиотерапии». – М., 2000.

4. Летагин В.П. Первичные опухоли молочной железы: практическое руководство по лечению / В.П. Летагин. – М.: Миклош, 2004.

5. Летагин В.П. Лечение больных раком молочной железы стадии T2N1M0 – T3N0M0. Высокие технологии в онкологии / В.П. Летагин, Е.М. Погодина, И.В. Высоцкая // Материалы V Всероссийского съезда онкологов. – Казань, 2010. – Т. 3.

6. Семиглазов В.Ф. Неoadъювантное лечение рака молочной железы / В.Ф. Семиглазов, В.В. Семиглазов, А.Е. Клецель. – СПб., 2007.

7. Максимов К.В. Лечение рака молочной железы T3-4N0M0 стадий / К.В. Максимов, И.В. Высоцкая. – М., 2008.

8. Gajdos C. Stage 0 to stage III breast cancer in young women / C. Gajdos [et al.] // J Am Coll Surg. – 2011.

9. Kaufmann M. Recommendations from an international expert panel on the use of neoadjuvant (primary) systemic treatment of operable breast cancer: an update / M. Kaufmann [et al.] // J Clin Oncol. – 2006.

10. Kaufmann M. Preoperative (neoadjuvant) systemic treatment of breast cancer / M. Kaufmann, G. von Minckwitz, A. Rody // Breast. – 2005.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Анохина И.В. – врач-маммолог Республиканского онкологического научного центра, г. Душанбе, Таджикистан.
E-mail: via.na26@mail.ru