

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ С ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ НА АУТОСРЕДАХ ОРГАНИЗМА

Ю.А. ГЕВОРКЯН, А.В. ДАШКОВ, Н.В. СОЛДАТКИНА, Д.С. ПЕТРОВ

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»

Цель исследования – изучить качество жизни больных раком молочной железы после органосохраняющего лечения.

Материал и методы. 120 случаев рака молочной железы $T_{1-2}N_{0-1}M_0$. Гистологически преобладал инфильтративный протоковый рак (80 %). По стадиям: $T_1N_0M_0$ – 48 больных, $T_1N_1M_0$ – 24 больных, $T_2N_0M_0$ – 30 больных, $T_2N_1M_0$ – 18 больных. 60 больным выполнена органосохраняющая операция в объеме радикальной резекции молочной железы с удалением лимфатических узлов всех трех этапов лимфогенного метастазирования (1-я группа), 60 больным выполнена радикальная мастэктомия по Пейти-Дайсену (2-я группа). В послеоперационном периоде все больные получили курс дистанционной гамма-терапии на оставшуюся молочную железу/послеоперационный рубец, подкрыльцовое, надподключичное поля, СОД 40 Гр. При наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах ($T_{1-2}N_1M_0$) больные получили и 4–6 курсов адьювантной химиотерапии (CMFAV). Качество жизни исследовали по опроснику Functional Assessment of Cancer Therapy – General до и после окончания лечения.

Результаты. До лечения общее качество жизни больных 1-й группы составило 74,3 балла

(физическое состояние – 14, социальное благополучие – 13,3, эмоциональное состояние – 32, благополучие в повседневной жизни – 15). После лечения общее качество жизни составило 56,7 балла (по шкалам – 11; 10; 23,4; 12,3 соответственно). Различия достоверны по показателям общего качества жизни и шкале эмоциональное состояние. До лечения общее качество жизни больных 2-й группы – 76 баллов (физическое состояние – 14, социальное благополучие – 14, эмоциональное состояние – 33, благополучие в повседневной жизни – 15). После лечения общее качество жизни больных этой группы достоверно хуже, чем после органосохраняющего лечения, – 89 баллов, в основном за счет ухудшения физического состояния (физическое состояние – 23, социальное благополучие – 13, эмоциональное состояние – 34, благополучие в повседневной жизни – 19).

Выводы. Органосохраняющее лечение рака молочной железы $T_{1-2}N_{0-1}M_0$, в отличие от операции радикальной мастэктомии, достоверно улучшает качество жизни больных, что способствует социальной и медицинской реабилитации.

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА НА ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ОПУХОЛИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.Р. ГИЛЬМУТДИНОВА, И.Г. ГАТАУЛЛИН, С.В. ПЕТРОВ, Г.Н. ХУСАИНОВА

*Клинический онкологический диспансер Республики Татарстан, г. Казань
Казанская государственная медицинская академия*

Современные представления о роли и механизме действия гормональных факторов в

канцерогенезе рака молочной железы (РМЖ) создают предпосылки для более эффективных

методов лечения и профилактики этого заболевания.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической значимости изменения уровня пролактина в крови и обоснование патогенетической терапии у больных раком молочной железы.

Материал и методы. Проанализированы сведения о 50 больных РМЖ в возрасте от 36 до 75 лет. Гормональный профиль включал в себя исследование лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), тестостерона и пролактина. Определение гормонального статуса опухоли выполняли при помощи моноклональных антител к эстрогеновым и к прогестероновым рецепторам. Характер иммуногистохимических реакций на онкобелок HER2/NEU оценивали по протоколу ГЕРЦЕПТ-ТЕСТА (фирма DAKO Cytomation) визуально в баллах с учетом интенсивности окраски и процента окрашенных клеток.

Результаты. При клиническом анализе исследуемой группы больных I стадия заболевания была диагностирована у 4 пациенток, стадия ПА – у 16, ПВ – у 10, ША – у 6, ШВ – у 12, IV – у 2 пациенток. Наиболее часто встречающейся морфологической формой был инфильтративно-протоковый (48 %) и инфильтративно-дольковый (44 %) рак молочной железы. При анализе рецепторного статуса учитывались основные параметры опухоли: размер первичной опухоли и распространенность за пределы первичного очага. Выявлено, что 60 % опухолей рецептор-

положительны по эстрогенам, 48 % опухолей рецептор-положительны по прогестерону, из них 46 % опухолей позитивны по обоим рецепторам. Реакция на онкобелок HER2/NEU была позитивна в 36 % наблюдений. При проведении многофакторного корреляционного анализа отмечено, что пропорционально увеличению уровня пролактина в сыворотке крови наблюдается снижение содержания в крови уровней лютеинизирующего гормона ($r=-0,17$), эстрадиола ($r=-0,20$), тестостерона ($r=-0,22$). Низкий уровень содержания в крови ЛГ, эстрадиола и тестостерона коррелировал с положительной реакцией на белок HER2/NEU ($r=-0,25$) и положительной реакцией на рецепторы эстрогенов ($r=-0,22$) и прогестерона ($r=-0,20$). В свою очередь, высокий уровень пролактина в крови коррелировал с наличием эстрогеновых ($r=0,60$) и прогестероновых ($r=0,62$) рецепторов в ткани опухоли.

Выводы. Уровень пролактина в крови оказывает существенное влияние не только на гормональный фон женщины, больной РМЖ, но и на рецепторный статус опухоли молочной железы. Пролактин способен повышать содержание рецепторов эстрогенов и прогестерона в ткани опухоли молочной железы, а также оказывать прямой стимулирующий эффект на пролиферативные процессы в органах-мишенях. Так как мишенью пролактина является эпителий протоков в молочной железе, увеличение содержания его способствует усиленной пролиферации эпителия, тем самым увеличивая содержание опухолей с HER2/NEU положительным статусом.

РЕКОНСТРУКЦИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С УСТАНОВКОЙ ЭКСПАНДЕРОВ

А.М. ГИМРАНОВ, А.Х. ИСМАГИЛОВ, Р.Ш. ХАСАНОВ, Х.М. ГУБАЙДУЛЛИН

Клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань

Существует много методов восстановления груди, главной и существенной задачей является обеспечение безопасности пациентки, которой планируется реконструктивная операция. Наиболее отвечающим данному требованию является восстановление молочной железы с помощью экспандеров. Это малоинвазивное вмешательство, позволяющее обеспечить хороший

результат наиболее простым способом. Варианты реконструкции с использованием экспандера включают в себя использование либо временного тканевого экспандера, подлежащего замене на постоянный имплант после последовательного расширения (создания адекватного кармана), либо постоянного экспандер-импланта, требующего только удаление клапана после полного