НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.Ю. Гарбуков, Е.М. Слонимская, Н.А. Красулина, А.В. Дорошенко, Ю.Л. Кокорина

НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН

В настоящее время выделяют три основные задачи в отношении неоадъювантной химиотерапии (НАХТ) при раке молочной железы (РМЖ). Во-первых, это уменьшение объема первичной опухоли при операбельных формах рака для увеличения возможности выполнения органосохраннных операций и проведение индукционной терапии при местнораспространенных процессах с целью их перевода в операбельное состояние. Во-вторых, определение чувствительности первичной опухоли к проводимой химиотерапии in vivo и по результатам оценки эффективности получение возможности адекватного планирования адъювантного лечения. В-третьих, улучшение отдаленных результатов лечения. Показано достоверное увеличение продолжительности безрецидивного периода, коррелирующее с эффектом на проведенную неоадъювантную химиотерапию. Многочисленными рандомизированными исследованиями доказано, что полная морфологическая регрессия значимо улучшает общую выживаемость.

Абсолютным показанием для проведения неоадъювантной химиотерапии является местнораспространенный рак молочной железы. Однако определенной тактики в отношении операбельных форм РМЖ нет. Показания к ее проведению являются относительными и нередко субъективными. Необходимость предоперационного лечения при этих формах РМЖ диктуется возможностью выполнения органосохранного лечения для достижения желаемого косметического результата, улучшения качества жизни больных и определения чувствительности опухоли и метастазов к НАХТ.

Оценка эффективности НАХТ проводится после каждого 2-го курса химиотерапии по критериям ВОЗ (полная, частичная регрессия, стабилизация, прогрессирование). Показанием к продолжению НАХТ является достижение частичной регрессии опухоли. При стабилизации процесса либо прогрессировании рассматриваются варианты хирургического лечения либо смены схемы химиотерапии. Непосредственная эффективность НАХТ оценивается клиническими, инструментальными (маммография, УЗИ, МРТ, ПЭТ, маммосцинтиграфия) и морфологическими (гистология, иммуногистохимия) методами.

В настоящее время в качестве «золотого стандарта» НАХТ приняты антрациклинсодержащие схемы - CAF и FAC. Все более широкое применение находят таксаны, рассматриваются варианты использования гемзара, цисплатина, кселоды, доказавших свою эффективность в адъювантном режиме, однако эффективность их в некоторой степени сопоставима, и при назначении лечения необходимо учитывать ряд критериев, которые бы заранее предсказывали эффективность того или иного препарата. Повышение эффективности НАХТ может быть достигнуто посредствам увеличения количества курсов, использования современных цитостатиков, разработкой новых режимов, ранней оценкой эффективности. Перспективным направлением является определение факторов, позволяющих оценить чувствительность к НАХТ. К ним относятся биомаркеры, характеризующие апоптоз (p53, Bc1-2), ангиогенез (вазоинтестинальный фактор роста - VEGF) и его рецепторы Flt-1 и Flt-2, пролиферацию (Ki-67), рецепторы ростовых факторов (her2/neu), ферменты, участвующие в метаболизме некоторых противоопухолевых препаратов (тимидилфосфорилаза и тимидилатсинтетаза). На основании полученных результатов разработан ряд препаратов для «таргетной» терапии РМЖ - герцептин (при наличии her2/neu), кселода (определение тимидилфосфорилазы и тимидилатсинтетазы).

Однако отсутствие удовлетворительных результатов лечения, единой точки зрения в отношении показаний к проведению НАХТ и критериев, определяющих выбор схемы, обусловливает актуальность этой проблемы и необходимость проведения дальнейших исследований в этом направлении.