

ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО, КОМБИНИРОВАННОГО И КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ I–II СТАДИИ

Д.К. Абдылдаев – директор,
С.И. Буюкьянов – зав. отд., врач,
С.А. Илиязова – аспирант
Маммологический центр при НЦО МЗ КР

On the base of the three-year, five-year and ten-year universal survival rate and recurrence-free survival rate there has been evaluated the influence of the surgical, combined and complex methods of treatment to identify a life span of patients with the I-II stage cancer of mammary gland.

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости женского населения в большинстве стран мира, и в частности, в Кыргызстане. Заболеваемость в Кыргызстане раком молочной железы за 2005 г. составила 19,8 на 100000 населения. Тревожным обстоятельством является то, что несмотря на определенные успехи в лечении рака молочной железы, смертность продолжает оставаться высокой. По Кыргызской Республики смертность от рака этой локализации составила 9,2 на 100 тыс. населения. При этом запущенных случаев было 51,4% [1, 3]. Все это определяет неослабевающий интерес не только к проблемам профилактики и ранней диагностики, но и, прежде всего, к возможностям совершенствования лечебных мероприятий и проблеме прогнозирования исхода этого заболевания.

Цель исследования: На основании критериев трех-, пяти- и десятилетней общей (ОВ) и безрецидивной выживаемости (БРВ) оценить влияние хирургического, комбинированного и комплексного методов лечения на продолжи-

тельность жизни у больных раком молочной железы I–IIa стадии.

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на ретроспективном анализе историй болезни и амбулаторных карт пациенток с диагнозом РМЖ I–IIa стадии, получавших лечение в НЦО МЗ КР за период с 1990 по 2000 гг.

Для обработки материала создана база данных. Отдаленные результаты лечения анализировались по состоянию на 31.12.1999 г. Сведения о больных были закодированы и внесены в базу данных на основе стандартного пакета программ Microsoft Excel 7,0 для Windows 98. Статистическая обработка проводилась по следующим основным направлениям:

- анализ включал изучение скорректированной общей и безрецидивной трех-, пяти- и десятилетней выживаемости больных, в зависимости от методов специального лечения, а также проверку достоверности полученных различий;

➤ оценку влияния вариантов специального лечения на сроки появления и локализацию метастазов у больных РМЖ.

При изучении выживаемости больных использовался интервальный метод построения таблиц дожития, известный как "life-table"-метод. Достоверность выявленных различий оценивалась с использованием статистического теста Mantel-Haenszel (МН) для выживаемости или, как его обычно называют, критерия logrank, который основывается на сопоставлении фактического и ожидаемого числа умерших. Достоверность полученных различий оценивалась по методу Стьюдента. Достоверными считались различия с вероятностью не менее 95% ($p < 0,05$).

Для математической обработки данных использовались стандартные пакеты программ Microsoft Excel 7.0 для Windows 98, Statistica 5.0 for Windows 98.

Собственные результаты исследования и обсуждения. По поводу I-Па стадии (T1N0M0, T1N1M0, T2N0M0) лечились 1038 больных РМЖ. Средний возраст пациенток составил $52,4 \pm 1,3$ года. Больные с сохранной менструальной функцией составили 48,4%, пациентки, находящиеся в менопаузе, – 51,6%.

В 578 случаях опухолевый узел локализовался в правой молочной железе (55,7%), в 460 (44,3%) – в левой молочной железе. В 47,6% (495 больных) опухолевый узел располагался в наружных отделах молочной железы, центральная локализация отмечена в 291 случае (28,0%), медиальную локализацию новообразования имели 232 (22,4%) больных. У оперированных больных наиболее частой формой был инфильтративный протоковый рак молочной железы (77,6%). В три раза реже встречался дольковый рак молочной железы (22,4%).

Для анализа отдаленных результатов лечения были отобраны 516 больных РМЖ I-Па стадии, которые получили чисто хирургическое лечение, комбинированное и комплексное лечение в полном объеме. Чисто хирургическое лечение получили 145 пациенток, из них: радикальная мастэктомия (РМЭ) по Halsted была произведена в 61 (11,8%) случаев, радикальная мастэктомия по Patey была выполнена у 84 (16,3%) больных. Сочетание РМЭ + адью-

вантная химиотерапия по схеме CMF провели 57 (11,1%) больным. Гормонотерапия тамоксифеном проведена 44 (8,5%) пациенткам. Лучевая терапия проводилась в предоперационном и послеоперационном периодах. При этом применяли:

- предоперационную лучевую терапию методом интенсивного облучения РОД 5 Гр на молочную железу и подмышечную область СОД 20 Гр (ДГТ СОД 20 Гр).
- послеоперационную лучевую терапию РОД 2 Гр на послеоперационный рубец и зоны регионарного метастазирования СОД 44-46 Гр (ЛТ СОД 44-46 Гр).

Комплексное лечение состояло из следующих сочетаний:

1) РМЭ + адьювантная химиотерапия + гормонотерапия (тамоксифен) получили более 60 больных (11,8%).

2) ДГТ СОД 20 Гр + РМЭ + послеоперационная ЛТ СОД 44-46 Гр - 56 (10,9%) больных;

3) ДГТ СОД 20 Гр + РМЭ + адьювантная химиотерапия – 42 (8,1%) пациентки;

4) ДГТ СОД 20 Гр + РМЭ + адьювантная химиотерапия + гормонотерапия – 31 (6%) женщина;

5) ДГТ СОД 20 Гр + РМЭ + послеоперационная ЛТ СОД 44-46 Гр + адьювантная химиотерапия – 43 (8,3%) пациентки;

6) ДГТ СОД 20 Гр + РМЭ + послеоперационная ЛТ СОД 44-46 Гр + адьювантная химиотерапия + гормонотерапия – 37 (7,2%) больных.

Отдаленные результаты лечения больных РМЖ I-Па стадии (T1N0M0, T1N1M0, T2N0M0) представлены в таблице.

При анализе данных выявлено следующее: наименее низкие показатели общей и безрецидивной выживаемости отмечаются в группах больных, подвергшихся ДГТ СОД 20 Гр + РМЭ + послеоперационная ЛТ СОД 44-46 Гр и РМЭ + гормонотерапия ($p < 0,05$). Самые низкие показатели ОВ и БРВ получены в группе больных после РМЭ по Холстеду ($p < 0,05$). Наиболее высокие показатели ОВ и БРВ были в группе больных, получавших химиотерапию. Предоперационная лучевая терапия крупным фракционированием в дополнение к РМЭ достоверно не влияет на отдален-

Общая и безрецидивная выживаемость больных I-IIa стадии
(T1N0M0, T1N1M0, T2N0M0)
в зависимости от вида лечения

Вид лечения	Выживаемость	Трехлетняя	Пятилетняя	Десятилетняя
PMЭ по Пейти (n=84)	ОВ	91,4±1,5	87,2±1,8	80,1±2,2
	БРВ	86,3±2,2	78,2±2,6	72,4±2,7
PMЭ по Холстеду (n=61)	ОВ	84,8±4,3	80,4±4,8	74,9±5,4
	БРВ	77,7±4,8	70,3±5,3	61,7±6,2
PMЭ + адьювантная химиотерапия (n=57)	ОВ	94,8±3,3	89,7±4,5	86,9±5,3
	БРВ	90,8±3,6	84,2±4,7	80,9±5,2
PMЭ + гормонотерапия (n=44)	ОВ	93,8±3,7 *	89,2±5,0 *	86,1±5,4 *
	БРВ	85,3±5,3 *	81,8±6,0 *	77,4±6,5 *
PMЭ + адьювантная химиотерапия + гормонотерапия (n=61)	ОВ	94,1±3,0	90,2±3,8	85,8±4,7
	БРВ	89,7±3,4	84,9±4,1	79,7±5,1
ДГТ СОД 20 Гр + PMЭ + послеоперационная ЛТ СОД 44-46 Гр (n=56)	ОВ	86,8±3,9	82,5±4,3	75,8±5,3
	БРВ	78,9±4,2	73,2±4,8	65,6±5,6
ДГТ СОД 20 Гр + PMЭ + адьювантная химиотерапия (n=42)	ОВ	93,7±4,4	92,1±4,9	86,4±6,0
	БРВ	88,6±4,9	83,9±5,7	78,6±6,6
ДГТ СОД 20 Гр + PMЭ + адьювантная химиотерапия + гормонотерапия (n=31)	ОВ	94,2±5,0	90,6±5,8	84,9±6,7
	БРВ	89,4±5,5	83,8±6,2	78,3±6,9
ДГТ СОД 20 Гр + PMЭ + послеоперационная ЛТ СОД 44-46 Гр + адьювантная химиотерапия (n=43)	ОВ	94,1±4,3	90,2±4,8	85,2±5,6
	БРВ	88,4±5,2	82,9±6,3	77,6±7,1
ДГТ СОД 20 Гр + PMЭ + послеоперационная ЛТ СОД 44-46 Гр + адьювантная химиотерапия + гормонотерапия (n=37)	ОВ	95,0±5,2	91,1±5,8	85,8±6,5
	БРВ	88,7±5,9	83,0±6,6	79,5±7,4

Примечание: * Достоверность различий между группами > 0,05.

ные результаты. Гормонотерапия несколько улучшает показатели БРВ, однако разница статистически недостоверна.

В заключение важно отметить, что лечение больных РМЖ должно проводиться строго индивидуально, с учетом возраста и сопутствующей патологии. Выбор методов лечения основывается на решении консилиума врачей с участием маммолога, химиотерапевта и радиолога.

Выводы

1. РМЭ по Холстеду достоверно снижает показатели общей и безрецидивной выживаемости сравнению с РМЭ по Пейти.
2. Предоперационная лучевая терапия крупными фракциями (ДГТ СОД 20 Гр) достоверно не увеличивает показатели общей и безрецидивной выживаемости.
3. Адювантная химиотерапия достоверно увеличивает показатели общей и безрецидивной выживаемости.

4. Гормонотерапия улучшает показатели общей и безрецидивной выживаемости.

Литература

1. *Абдылдаев Д.К., Буюклянов С.И., Илиязова С.А. и др.* Проблемы профилактики и ранней диагностики рака молочной железы в Кыргызстане // Онкология и радиология Казахстана. – 2006. – № 3 (12). – С. 48–52.
2. *Моисеенко В.М., Семиглазов В.Ф., Тюляндин С.А.* Современное лекарственное лечение местнораспространенного и метастатического рака молочной железы. – СПб.: Грифон, 1997. – 254 с.
3. Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской республики. – Бишкек, 2006. – С. 17.
4. *Семиглазов В.Ф., Нургалиев К.Ш., Арзуманов А.С.* Опухоли молочной железы (лечение и профилактика). – Алматы, 2001. – 345 с.
5. *Farndon J.R.* Breast Surgery. – London: W.D. Saunders Co, 2001. – P. 301.