

помощи курильщикам. Борьбу с курением превратить в широкомасштабную акцию проводимую на постоянной основе.

4. Усилить работу по выявлению и формированию группы риска.

5. Повысить эффективность диспансеризации пациентов с предраковыми заболеваниями.

6. Улучшить техническое оснащение ЛОР кабинетов современным диагностическим оборудованием.

7. Необходимо не только улучшение и разработка новых методов диагностики рака гортани, усиление санитарно-просветительной работы, но усиление государственными структурами юридических рычагов воздействия на население.

Литература:

1. Соколова В.В. и соавт. «Видеоэндоларенгиальная хирургия и фотодинамическая терапия с использованием гибкой эндоскопической техники при предраке и раннем раке гортани». / Российский онкологический журнал. - 2010. - №2. С.4-10.

2. Медицинская радиология и радиационная безопасность. - 2010. - №3. С.48-62.

3. Новожилова Е.Н. «Миотомия констрикторов глотки при восстановлении голосовой функции у больных после ларингэктомии» Российский онкологический журнал. 2007. - №2. С.35-40.

4. Огольцева Е.С. «Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей». БПВ. - Медицина - 1984. С.146-167.

5. Нуммаев Г.Н. и соавт. «Диагностика и лечение рака гортани». Сборник научных трудов. Международная научно-практическая конференция. «Актуальные проблемы онкологии». Алматы 2003, С.284-286.

6. Мухамедов М.Р. и соавт. «Использование никелида титана в лечении местно-распространённого рака гортани». Российский онкологический журнал. - 2001г. - №3. - Стр.15-18.

7. Унгиадзе Г.В., Вакурова Е.С. Эндоскопическая диагностика раннего рака гортани // Российский онкологический журнал. 2010. Прил.№2. - Стр.49-50.

Көмейдің қатерлі ісігінің асқыну мәселелерін шешу жолдары

Е.О. Сабеков, Д.М. Байпеисов, М.Т. Нұрғазин, Р.Т. Закирова, Л.С. Галынская,

Г.С. Шамсутдинова, Д.А. Хамитова, Т.В. Кузнецова

Семей қаласының Өңірлік Онкологиялық диспансер

Көмейдің қатерлі ісігінің қазіргі заманғы жетілген әдістерді қолдана отырып алдын ала анықтауға қарамастан асқыну мәселелері жоғары болып отыр. Жұмыста көмейдің қатерлі ісігінің асқыну мәселесін алдын алу және шешу жөніндегі көзқарас көрсетілген жолдарын.

Жұмыстың мақсаты статистикалық мәліметтер негізінде біздің өңірдегі және ТМД елдеріндегі бірнеше жылдар бойындағы көмейдің қатерлі ісігінің асқыну мәселесін көрсету және осы мәселені шешудегі ерте анықтаудағы айқын жолдарын ұсыну.

Solving problems related to advanced larynx cancer

I.O. Sabekov, D.M. Baipeisov, M.T. Nurgazin, R.T. Zakirova, L.S. Galynskaya,

G.S. Shamsutdinova, D.A. Hamitova, T.V. Kuznetcova

Regional Oncology Center of Semey

In spite of improving of present larynx cancer diagnostics methods as well as completely new methods developed in the world, advanced larynx cancer is still a big problem. Given paper covers the reasons of advanced larynx cancer and ways early diagnostics can be held.

Statistics data indicates problem of advanced larynx cancer that exists over several decades in our region as well as in CIS. Additional and more effective ways in early diagnostics are offered.

УДК 618.19-006

ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНАЯ ФОРМА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Б.Б. Бекетова

Региональный онкологический диспансер г.Семей

Отечно-инфильтративная форма рака молочной железы составляет до 30% среди всех форм рака молочной железы (РМЖ) [1]. Она характеризуется диффузным распределением опухолевой ткани в молочной железе по типу инфильтрата с отеком кожи. В настоящее время отечно-инфильтративная форма рака молочной железы входит в понятие местно-распространенного рака, объединяющая стадии IIIA, IIIB, IIIC, по обширности поражения ткани и распространенности регионарного метастазирования.

По мнению ряда ученых отечно-инфильтративная форма РМЖ вообще является самостоятельной формой, отличной от местно-распространенного рака, со своими клинико-морфологическими особенностями [2,3]. Согласно последнему руководству American Joint Committee on Cancer staging, отечно-инфильтративная

форма РМЖ классифицируется как T4d, включая в себя больных с IIIB, IIIC или IV стадией в зависимости от статуса регионарных лимфатических узлов и наличия отдаленных метастазов [4].

Выделяют разновидности отечно-инфильтративной формы: первичную (истинную) и вторичную. Клинико-рентгенологически первичная форма характеризуется диффузной инфильтрацией ткани молочной железы, отеком кожи, ее гиперемией, а также отсутствием опухолевого узла пальпаторно и на маммограммах. На ее долю приходится 2-4% всех случаев РМЖ. По мнению S. Giordano и соавт. [5] быстрый рост первичной отечно-инфильтративной формы РМЖ является одной из характерных черт, позволяющих отличить ее от местно-распространенного рака со вторичным отеком кожи. Вторичная форма встречается чаще и составляет до

25% всех случаев РМЖ. Для нее характерны большая длительность анамнеза заболевания и наличие опухолевого узла на маммограммах. Отек кожи и инфильтрация тканей молочной железы появляются спустя несколько месяцев после увеличения опухолевого узла.

Отечно-инфильтративная форма РМЖ не связана, с каким то определенным гистологическим типом опухоли и встречается как при типичных, так и при редких морфологических вариантах [2]. Одним из наиболее важных прогностических факторов является вовлечение регионарных лимфатических узлов. Больные с таким распространением имеют значительно худшую безрецидивную и общую выживаемость [6]. Однако имеется и ряд отличительных биологических особенностей, характерных для отечно-инфильтративной формы рака данной локализации. Эти опухоли более часто имеют низкую дифференцировку, анеуплоидны и рецепторнегативны [7]. Для данного типа опухоли также характерны мутация гена p53. S.Aziz и соавт. [8] установили гиперэкспрессию гена p53 в 69% случаев по сравнению с 48% в контрольной группе. E. Turpin и соавт. [9] при обследовании 161 больной отечно-инфильтративной формой РМЖ выявили удвоение экспрессии HER2/neu по сравнению с другими формами РМЖ. Другим возможным фактором прогноза может быть обнаружение микрометастазов РМЖ в костном мозге. Возрастающий от I к IV стадии (от 40 до 62%) процент выявления метастазов при IIIВ стадии составляет около 60% [2]. Есть данные, что метастазы в костный мозг сопровождаются широким спектром гематологических проявлений. Опухолевые клетки замещают костно-мозговое пространство и нарушают гемопоэз, вызывая сужение эритроидного ростка, увеличивая количество палочкоядерных форм и изменяя лейкоцитробластическое соотношение (2).

Лечение. Первоначальные попытки местного лечения отечно-инфильтративной формы РМЖ, включающие в себя хирургическое лечение, лучевую терапию или их сочетание, вызвали разочарование из-за высокой частоты местных рецидивов и отдаленных метастазов, а также низкой 5-летней выживаемости (0-30%). Так, при использовании только хирургического метода (мастэктомии) 5-летняя выживаемость составила 5%, медиана - 12-32 мес [10]. Проведение только лучевой терапии также сопровождалось низкой безрецидивной выживаемостью [10]. Судьба больных, не получавших по разным причинам системную адъювантную терапию, по данным РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, столь же печальна. Так 5-летняя безрецидивная выживаемость составила 23%, общая выживаемость - 30%, 10-летняя безрецидивная и общая выживаемость - 0% [11]. Приведенные результаты свидетельствуют о том, что с появлением отека и/или гиперемии кожи РМЖ становится системным заболеванием и его лечение невозможно без системной терапии, которая складывается из предоперационного (индукционного) лечения, местного лечения (операция или лучевая терапия, или сочетание лучевой терапии с операцией) и адъювантной терапии.

Предоперационная (индукционная, неоадъювантная) химиотерапия (ХТ) проводится схемами включающие антрациклины (FAC, FEC, AC, EC). При неэффективности антрациклинсодержащей неоадъювантной ХТ показано применение ХТ с включением таксанов. По данным M. Cristofani и соавт. [13], использование паклитаксела позволяет добиться большой частоты полного эффекта, и его применение предложено считать стандартом лечения отечно-инфильтративной формы РМЖ.

Существуют различные мнения относительно места и времени лучевой терапии в лечении отечно-инфильтративной формы РМЖ. Изменения в тактике лечения данной категории больных привели к улучшению местнорегионального контроля благодаря возможности мастэктомии и лучевой терапии. В настоящее время облучение проводится после завершения ХТ (до или после выполнения мастэктомии) [14]. Существует мнение, что несмотря на агрессивный характер роста отечно-инфильтративной формы РМЖ, отсрочка проведения лучевой терапии до завершения ХТ, не ухудшает обще- и безрецидивной выживаемости [15]. Согласно рекомендациям Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and treatment of Breast Cancer (2004), пациентам, ответившим на системную ХТ, раннее проведение лучевой терапии может помочь достичь клинического эффекта и добиться отсутствия элементов опухоли по краю резекции при выполнении мастэктомии [16].

Существуют диаметрально противоположные точки зрения относительно целесообразности хирургического вмешательства при отечно-инфильтративной форме РМЖ. M. Buric и соавт. [6] приводят результаты консервативного лечения 30 больных отечно-инфильтративной формой РМЖ. Лечение включало 3 курса ХТ по схеме FAC с интервалом 4 недели, затем лучевую терапию и еще 3 курса ХТ по той же схеме. Через 1-32 месяца у 22 (73%) пациенток наблюдалось местное прогрессирование болезни, а отдаленные метастазы были первым проявлением диссеминации у 7 больных. В этом исследовании попытка применения только консервативного лечения не была столь успешной. L. Curcio и соавт. [17], проанализировав результаты лечения 90 больных отечно-инфильтративной формой РМЖ, отметили значительное улучшение общей выживаемости и снижение частоты местных рецидивов у больных, перенесших мастэктомию, при которой отсутствовали элементы опухоли по краю резекции. По мнению T. Shenkier и соавт. [16] использование современных режимов ХТ может принести дополнительную пользу при их сочетании с мастэктомией. При отсутствии элементов опухоли в молочной железе и регионарных лимфатических узлах рекомендуется проведение лучевой терапии. При обнаружении же элементов опухоли рекомендуется проведение 4 курсов ХТ, отличной от индукционной, с последующей лучевой терапией. В ретроспективном исследовании результатов лечения 485 больных отечно-инфильтративной формой РМЖ, пролеченных в Британской Колумбии с 1980 по 2000г., отмечается неуклонный рост числа выполненных мастэктомий: с 10,9% в 1980-1985гг. до 69% в 1996-2000гг., что в первую очередь связано с появлением эффективных схем ХТ [15]. По мнению R. De Boer и соавт. [18], рост числа выполненных мастэктомий приводит к улучшению безрецидивной выживаемости, но не влияет на общую выживаемость.

Принципы проведения эндокринной адъювантной гормонотерапии не отличаются от таковых, разработанных для первично-операбельного РМЖ. Гормонотерапия показана рецепторположительным больным по завершению адъювантной ХТ [5,12,16]. В настоящее время продолжают исследования по сравнению антиэстрогенов и ингибиторов ароматазы. Так при сравнении аримидека с тамоксифеном в первой линии гормонотерапии было показано клиническое улучшение в 59 и 45,6% случаев соответственно, а время прогрессиро-

вания в группе аримидекса было на 4 мес больше [12]. Сравнение непосредственного эффекта тамоксифена и фемары у 907 больных показало, что он составил 20 и 30%, клинический эффект – 38 и 49%, а время до прогрессирования 5,8 и 9,1 мес соответственно [15].

Особое место среди антиэстрогенов принадлежит фазлодексу, который в отличие от тамоксифена, не обладает даже слабой эстрогенной активностью и вызывает деградацию эстрогеновых и прогестероновых рецепторов. При изучении фазлодекса в рамках II фазы исследования было показано, что препарат приводит к частичной ремиссии в 37% случаев и к клиническому улучшению – у 69% больных [5].

Заключение. Относительная редкость (2-4%) первичной отечно-инфильтративной формы РМЖ частично объясняет отсутствие рандомизированных исследований по данной проблеме. В приведенных выше исследованиях не проводится сравнение результатов лечения первичной и вторичной отечно-инфильтративной формы РМЖ, что могло бы помочь индивидуализировать тактику лечения больных первичной и вторичной формой заболевания. Включение отечно-инфильтративной формы РМЖ в понятие местнораспространенного РМЖ, объединяющее неоднородные группы больных, затрудняет анализ статистических данных об эффективности лечения выживаемости данной категории больных. Для отечно-инфильтративной формы РМЖ не полностью определены и факторы прогноза, включая иммунологические, знание которых необходимо для выработки стратегии лечения первичной и вторичной отечно-инфильтративной формы РМЖ. Все вышперечисленное свидетельствует о необходимости дальнейшего детального изучения отечно-инфильтративной формы РМЖ с целью улучшения результатов лечения данной категории больных.

Литература:

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2002 г. - Москва. - 2002. - с.281.
2. Крохина О.В., Летягин В.П., Тупицын Н.Н. и др. // Вест. РОНЦ им.Н.Н.Блохина РАМН. - 2002. - № 3. - С.15-20.
3. Anderson W.F., Chu K.C., Chang S.J. Inflammatory breast carcinoma and noninflammatory locally advanced breast carcinoma: distinct clinicopathologic entities? // J Clin Oncol. - 2003. - V. 21(12). - P.2254-2259.
4. Singletary S.E., Allred C., Ashley P. et al. Revision of the American Joint Committee on Cancer staging system for breast cancer // J Clin Oncol. - 2002. - V.20(17). - P.3628-3636.
5. Giordano S.H., Hortobagyi G.N. Inflammatory breast cancer: clinical progress and the main problems that

must be addressed. Breast Cancer Res 2003 // V.5(6). - P.284-288. Epub 2003 Aug 26.

6. Buric M., Filipovic S., Projevic M. et al. // Eur J Cancer. - 1996. - V.32A (Suppl.2). - P.8-22.

7. Charafé-Jauffret E., Tarpin C., Bardou V.J. et al. Immunophenotypic analysis of inflammatory breast cancer: identification of an inflammatory signature // J Pathol. - 2004. - V. 202(3). - P.265-73.

8. Aziz S.A., Perves S., Khan S. et al. Relationship of p53 expression with clinico-pathological variables and disease outcome: a prospective study on 315 consecutive breast carcinoma patients // Malays J Pathol 2001. - V.23(2). - P.65-71.

9. Turpin E., Bieche I., Bertheau P. Et al. Increased incidence of ERBB2 overexpression and TP53 mutation in inflammatory breast cancer // Oncogene. - 2002. - V.21(49). - P.7593-7597.

10. Singletary S.E., Ames F.C., Buzdar A.U. Management of inflammatory breast cancer // Word J Surg. - V. 1994. - V.18(1). - P.87-92.

11. Портной С.М. // Материалы VIII Российского онкологического конгресса. - Москва. - 2004. - С.246.

12. Ueno N.T., Buzdar A.U., Singletary S.E. et al. Combined-modality treatment of inflammatory breast carcinoma: twenty years of experience at M.D. Anderson Cancer Center // Cancer Chemother Pharmacol. - 1997. - V.40(4). - P.321-329.

13. Cristofanili M., Buzdar A.U., Hortobagyi G.N. Update on the management of inflammatory breast cancer // Oncologist 2003ю-V.8(2). - P.141-148.

14. Liaw S.L., Benda R.K., Morris C.G. et al. Inflammatory breast carcinoma: outcomes with trimodality therapy for nonmetastatic disease // Cancer. - 2004. - V. 100(5). - P.920-928.

15. Panades M., Olivetto I.A., Speers C.H. et al. Evolving treatment strategies for inflammatory breast cancer: a population-based survival analysis // J Clin Oncol. - 2005. - V. 23(9). - P.1941-1950.

16. Shenkier T., Weir L., Levine M.N. et al. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 15. Treatment for women with stage III or locally advanced breast cancer // CMAJ. - 2004. - V. 170(6). - P.983-994.

17. Curcio L.D., Rupp E., Williams W.L. et al. Beyond palliative mastectomy in inflammatory breast cancer – a reassessment of margin status // Ann Surg Oncol 1999. - V.6(3). - P.249-254.

18. De Boer R.H., Allum W.H., Ebbs S.R. et al. Multimodality therapy in inflammatory breast cancer: is there a place for surgery? // Ann Oncol 2000. - V. 11(9). - P.1147-1153.

Сүт безінің қатерлі ісігінің ісікті-инфильтративті түрін «жергілікті тараған түріне» қосуы статистикалық көрсеткіштердің анализін, емнің әсерін, осы санат науқастардың өміршеңдігін бақылау қиынға соғады. Сүт безінің қатерлі ісігінің ісікті-инфильтративты түрін біріншілік және қайталама түрлерін емдеуге арналған зерттеулер, соның ішінде иммунологиялық толығымен ашылмаған. Жоғарыда айтылғанның бәрі сүт безінің қатерлі ісігінің ісікті-инфильтративті түрін толығымен емдеу үшін қосымша зерттеулер керек екенің көрсетеді.

The inclusion of the edematous-infiltrative form of breast cancer into the concept “locally advanced breast cancer” that embraces heterogeneous groups of patients hinders the analysis of statistical data, the efficiency of treatment, and survival of this category of patients. Predictors, including immunological ones, for the edematous-infiltrative form of breast cancer, knowledge of which is required to work out treatment policy for primary and secondary edematous-infiltrative breast cancer, have not been fully defined. All the above suggests that the edematous-infiltrative form of breast cancer should be further explored in detail in order to improve the results of treatment of this category of patients.