

БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МІСЦЕВО-ПОШИРЕНИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СИСТЕМНО-СЕЛЕКТИВНОЇ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ



І.І. Смоланка, О.Г. Югрінов,
І.В. Досенко, А.О. Ляшенко,
О.А. Супруненко, А.Д. Лобода

Адреса:

Ляшенко Андрій Олександрович
03022, Київ, вул. Ломоносова, 33/43
Національний інститут раку
Тел.: (044) 257-10-52
E-mail: Loboda83@ya.ru

Ключові слова: місцево-поширений рак грудної залози, комплексне лікування, неоад'ювантна поліхіміотерапія, внутрішньоартеріальна поліхіміотерапія, органозберігаючі операції, безпосередні результати лікування.

Проведено аналіз безпосередніх результатів лікування 105 хворих на місцево-поширений рак грудної залози. Розроблено методику комплексного лікування пацієнток з місцево-поширеним раком грудної залози із застосуванням у неоад'ювантному режимі поліхіміотерапії за схемою CAP (системно-селективна). Оцінено зміни гематологічних показників у хворих на рак грудної залози в динаміці застосування неоад'ювантної поліхіміотерапії, проведено оцінку її токсичності. Застосування розробленої методики у пацієнток з місцево-поширеним раком грудної залози не погіршує показників гемопоєзу та самопочуття хворих, сприяє зменшенню токсичних проявів хіміотерапії, що дозволяє провести комплексне протипухлинне лікування в повному обсязі та збільшити на 14,6% кількість оперативних втручань порівняно з контролем.

ВСТУП

Рак грудної залози (РГЗ) практично в усіх країнах світу є основною онкологічною патологією у жінок. Щорічно у світі реєструють майже 1 млн нових випадків РГЗ. Кожен рік в Україні близько 16 тис. жінок захворюють на дану патологію [1].

Роль неоад'ювантної поліхіміотерапії (НПХТ) при лікуванні хворих на місцево-поширений (МП) РГЗ важко переоцінити, адже об'єктивний клінічний ефект усіх існуючих схем та режимів НПХТ, за даними різних авторів, коливається в межах від 60 до 80% [3, 8]. Переваги НПХТ при МП РГЗ незаперечні, але залишається актуальним питання щодо розробки оптимальних схем та режимів неоад'ювантного лікування.

Особливої актуальності набуває застосування НПХТ у хворих на МП РГЗ з оглядом на перспективу проведення органозберігаючого хірургічного втручання у жінок молодого віку, що суттєво позначається на якості життя та соціальній реабілітації пацієнток [1, 6].

Стандартом у проведенні НПХТ у хворих на МП РГЗ вважають системну (внутрішньовенну) медикаментозну терапію. На сьогодні існує до 30 різноманітних схем поліхіміотерапії. На сучасному етапі використовують багатокомпонентні схе-

ми НПХТ, які проявили більш високу ефективність порівняно з монотерапією, а саме: AC, FACVP, CMFA, CMFAV, AVCF, VAM, VCAF, CAMP, CAF, CAP, AT, TAC тощо [2, 5]. На початковому етапі лікування потрібно застосовувати весь арсенал існуючих засобів з метою максимальної інтенсифікації лікувального процесу з проведенням не менше 3–6 курсів хіміотерапії — до отримання максимальної відповіді первинної пухлини та метастатично уражених лімфатичних вузлів (ЛВ).

При значному підвищенні ефективності лікування суттєвим недоліком системної НПХТ є велика частка ускладнень. Загальна токсичність (дія на організм у цілому), негативний вплив на функціональну активність печінки та нирок, кардіотоксичний вплив, мієлосупресивна дія, пригнічення імунного статусу не завжди дозволяють проводити комплексне лікування в повному обсязі та у визначені строки [3]. Тим більше, що при системній НПХТ відбувається часткова інактивація хіміопрепаратів, що погіршує безпосередні результати лікування [6, 9, 10].

Для запобігання вищевказаних негативних наслідків хіміотерапії та для підвищення її ефективності в останні роки застосовують селективну внутрішньоартеріальну поліхіміотерапію (ВАПХТ) [7].

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ, ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ

Розроблено нову методику комплексного лікування хворих на МП РГЗ з використанням НПХТ з внутрішньоартеріальним введенням цитостатиків за схемою СР та системного введення антрациклінів.

Проаналізовано безпосередні результати лікування 68 пацієнток з МП РГЗ ІІБ–ІІІБ стадії. Вік досліджених хворих коливався від 38 до 63 років. В основну групу ввійшли 36 хворих на МП РГЗ, яким проводили НПХТ за схемою САР з внутрішньоартеріальним введенням карбоплатину та циклофосфаміду та системним введенням антрациклінів; 32 пацієнтки з МП РГЗ становлять контрольну групу, вони одержали системну НПХТ за схемою САР згідно зі стандартами.

Кожній хворій проводили стандартне клініко-лабораторне обстеження, рентгенологічні дослідження: мамографію в прямій та боковій проєкціях, аксиліографію, комплексне ультразвукове дослідження грудної залози та регіонарних ЛВ [4], комп'ютерну томографію органів грудної та черевної порожнини, малого таза, електрокардіографію.

Розподіл хворих на МП РГЗ, який проводили згідно з центром рандомізації — залежно від стадії захворювання та віку, був однорідним в обох групах (табл. 1, 2).

У всіх хворих діагноз верифіковано методом тонкоіголкової біопсії або трепан-біопсії.

За гістологічною структурою найбільш часто виявляли інфільтруючу часточкову карциному: в основній групі — у 17 хворих (47,22±8,32%), у контрольній — у 15 (46,88±8,82%), ($p>0,05$). Інфільтруючу протокову карциному в основній групі діагностовано у 13 пацієнток (36,11±8,01%), у контрольній — у 12 (37,50±8,56%), ($p>0,05$). Медулярну карциному виявлено у 2 (5,56±3,82%) хворих основної та у 3 (6,25±4,28%)

контрольної групи ($p>0,05$), слизову карциному — у 1 (2,78±2,74%) пацієнтки основної та у 2 (6,25±4,28%) контрольної групи ($p>0,05$). У 3 хворих основної (8,33±4,61%) та у 1 контрольної групи (3,13±3,08%) гістологічна структура пухлини грудної залози залишилася невизначеною у зв'язку з майже повною регресією (ПР) після проведеного до операції лікування. Різниця відсотків хворих за різними морфологічними типами пухлин в обох досліджуваних групах недостовірна (табл. 3).

Хворі основної групи отримали 3 курси НПХТ за схемою САР: 1-й день внутрішньоартеріально вводили циклофосфамід у дозі 600 мг/м² та системно доксорубіцин 50 мг/м², 2-й день — внутрішньоартеріально карбоплатин 300 мг/м². Пацієнткам контрольної групи проводили поліхіміотерапію за схемою САР, але всі препарати вводили системно (внутрішньовенно).

Обґрунтуванням внутрішньовенного введення антрациклінів є профілактика загрозливих ускладнень ВАПХТ, таких як дермато- та стеатонекроз тканин грудної залози, що пояснюється агресивною дією хіміопрепаратів антрациклінового ряду на шкіру та підшкірну жирову клітковину. Виникнення даних ускладнень погіршує естетичний вигляд грудної залози, знижує можливість проведення органозберігаючого або реконструктивного оперативного втручання.

Селективне ангіографічне дослідження МП РГЗ здійснювали у спеціальній рентгенооперативній, оснащеній телемоніторами та пристроєм реєстрації цифрового зображення, автоматичним інжектором рентгеноконтрастної речовини. Катетери, які використовуються для проведення ВАПХТ, армовані на всьому протязі, є різних типів та калібру, спеціально модельовані для катетеризації судин грудної залози. Отже, завжди є можливість заміни катетера для вирішення терапевтичної задачі.

Ангіографію та встановлення внутрішньоартеріального катетера проводили під контролем агіографічної установки Philips BV Pulsera.

У якості I етапу лікування МП РГЗ використовували розроблену сучасну технологію неoad'ювантної катетерної селективної внутрішньоартеріальної хіміотерапії. За способом Сельдінгера: спеціальний катетер вводили в аферентну судину пухлини та залишали його для проведення довготривалої інфузії протипухлинних препаратів. Направлена доставка цитостатиків забезпечує підвищення їх локальної концентрації більш як у 10 разів порівняно з системною хіміотерапією.

Внутрішньоартеріальна хіміотерапія призначена для селективного руйнування тканин пухлини, індукує стан клінічної ремісії у вигляді зменшення маси та об'єму новоутворень та регіонарних ЛВ, знижує стадію захворювання, конвертує нерезектабельні пухлини в резектабельні [10].

РЕЗУЛЬТАТИ

Оцінку ефективності НПХТ проводили за критеріями RECIST (response evaluation criteria in solid tumor) за допомогою мамографії у фронтальній та сагітальній проєкціях та ультразвукового дослідження, залежно від відсотка регресії пухлини визначали її характеристики — ПР, часткова регресія (ЧР), стабілізація процесу або прогресування.

За даними клініко-рентгенологічного дослідження, у хворих на МП РГЗ ІІБ стадії ПР пухлин виявлено у 2 (25,00±15,31%) пацієнток основної групи та у 1 (9,09±8,67%) хворі контрольної ($p>0,05$).

ЧР пухлин виявлено у 4 (50,00±17,68%) хворих основної групи та у 4 (36,36±14,50%) контрольної ($p>0,05$). Стабілізацію процесу відзначено у 2 (25,00±15,31%) пацієнток основної групи та у 4 (36,36±14,50%) контрольної ($p<0,05$). Прогресування пухлинного процесу в основній групі не виявлено, а в контрольній групі зареєстровано 2 (18,18±11,63%) хворих (табл. 4).

На рис. 1 також наведено результати лікування хворих на МП РГЗ.

За даними клініко-рентгенологічного дослідження, у хворих на МП РГЗ ІІІА стадії ПР пухлини виявлено у 1 (8,33±7,98%) пацієнтки основної групи та не зареєстровано у хворих контрольної ($p>0,05$). ЧР пухлини відзначено у 6 (50,00±14,43%) хворих основної групи та у 3 (33,33±15,71%) контрольної ($p>0,05$). Стабілізацію процесу виявлено у 4 (33,33±13,61%) пацієнток основної групи та у 4 (44,44±16,56%) контрольної ($p>0,05$). Прогресування пухлинного процесу в основній групі діагностовано в 1 (8,33±7,98%) пацієнтки, а в контрольній групі — у 2 (22,22±13,86%) (табл. 5, рис. 2).

Таблиця 1. Розподіл хворих на МП РГЗ залежно від віку

Вік хворих	Основна група n (%)	Контрольна група n (%)	p
30–39	3 (8,33±4,61)	4 (12,50±5,85)	$p>0,05$
40–49	10 (27,78±7,47)	8 (25,00±7,65)	$p>0,05$
50–59	18 (50,00±8,33)	13 (40,63±8,68)	$p>0,05$
60–69	5 (13,89±5,76)	7 (21,88±7,31)	$p>0,05$
Усього	36 (100,00)	32 (100,00)	

Таблиця 2. Розподіл хворих на МП РГЗ залежно від стадії захворювання

Стадія захворювання	Основна група n (%)	Контрольна група n (%)	p
ІІБ (T2–3N0–1M0)	8 (22,22±6,93)	11 (34,38±8,40)	$p>0,05$
ІІІА (T2–3N1–2M0)	12 (33,33±7,86)	9 (28,13±7,95)	$p>0,05$
ІІІБ (T4N0–2M0)	16 (44,44±8,28)	12 (37,50±8,56)	$p>0,05$
Усього	36 (100,0)	32 (100,0)	

Таблиця 3. Розподіл хворих на МП РГЗ залежно від гістологічної структури пухлини

Гістологічна структура пухлини	Основна група n (%)	Контрольна група n (%)	p
Інфільтруюча часточкова карцинома	17 (47,22±8,32)	15 (46,88±8,82)	$p>0,05$
Інфільтруюча протокова карцинома	13 (36,11±8,01)	12 (37,50±8,56)	$p>0,05$
Слизова карцинома	1 (2,78±2,74)	2 (6,25±4,28)	$p>0,05$
Медулярна карцинома	2 (5,56±3,82)	3 (6,25±4,28)	$p>0,05$
Невизначена структура пухлини	3 (8,33±4,61)	1 (3,13±3,08)	$p>0,05$
Усього	36 (100,0)	32 (100,0)	

На рис. 2 також представлено результати лікування хворих на МП РГЗ.

За даними клініко-рентгенологічного дослідження, у хворих на МП РГЗ ІІБ стадії ПР пухлин виявлено у 2 (12,50±8,27%) пацієнток основної групи та не виявлено у хворих контрольної. ЧР пухлини відзначено у 6 (37,50±12,10%) хворих основної групи та у 4 (33,33±13,61%) контрольної ($p>0,05$). Стабілізацію процесу зареєстровано у 7 (43,75±12,40%) пацієнток основної групи та у 6 (50,43±14,43%) контрольної ($p>0,05$). Прогресування пухлинного процесу в основній групі виявлено у 1 (6,25±6,05%) пацієнтки, а в контрольній групі — у 2 (16,67±10,76%) хворих (табл. 6, рис. 3).

На рис. 3 також наведено результати лікування хворих на МП РГЗ.

За даними клініко-рентгенологічного дослідження, у хворих на МП РГЗ ПР пухлини виявлено у 5 (13,89±5,76%) пацієнток основної групи та у 1 (3,13±3,08%) хворої контрольної ($p<0,05$). ЧР пухлини відзначено

у 16 (44,44±8,28%) хворих основної групи та у 11 (34,38±8,4%) контрольної ($p>0,05$). Стабілізацію процесу зареєстровано у 13 (36,11±8,01%) пацієнток основної групи та у 14 (46,88±8,82%) контрольної ($p>0,05$). Прогресування пухлинного процесу в основній групі виявлено у 2 пацієнток (5,56±3,82%), а в контрольній групі — у 6 (18,75±6,9%) хворих ($p<0,05$) (табл. 7, рис. 4).

На рис. 4 також подано результати лікування хворих на МП РГЗ.

Після аналізу відповіді на неoad'ювантну терапію проводили оперативне втручання. При позитивному ефекті можливим було проведення органозберігаючого лікування, при стабілізації процесу переважно виконували мастектомію за Маденом, при прогресуванні — більш розширені операції.

Оцінку токсичності лікування проводили згідно з Common Toxicity Criteria NCI.

При аналізі змін показників гемопоезу та функціональних змін слід зазначити, що:

- І ступінь важкості реєстрували у 11,1% хворих основної та 15,6% контрольної групи, анемію ІІ ступеня — у 16,7% хворих основної групи та у 9,9% в контролі, анемію ІІІ ступеня відзначали у 2,8% пацієнток в контролі.

- Лейкопенію І ступеня тяжкості відзначено в основній групі в 16,7%, у хворих контрольної групи — у 37,5%, лейкопенію ІІ ступеня — у 8,3% хворих основної групи та у 9,4% в контролі.

- Дослідження змін показників гемопоезу, функції печінки та нирок виявило можливість проведення курсів поліхіміотерапії з використанням схеми CAP без значних порушень лабораторних показників.

Нудоту, блювання І–ІІ ступеня реєстрували у 47,2% пацієнток основної та у 75% — контрольної групи на 1–3-тю добу після курсу поліхіміотерапії. Усім пацієнткам як препарати супроводу призначали антиеметичні засоби. Діарею І–ІІ ступеня відзначали у 16,7% хворих в основній групі та у 46,9% в контролі. Алопецію ІІ–ІV ступеня виявлено у 93,5% хворих основної групи та у 93,8% в контролі. Усі пацієнтки основної групи одержували курси НПХТ в зазначений строк, перерв у лікуванні не відмічено, у 2 пацієнток у контролі НПХТ відстрочено на 2 тиж.

Органозберігаючі операції проведено в 11 (30,60±7,68%) хворих основної групи, в контрольній групі — у 7 (21,90±7,31%), ($p>0,05$). Мастектомію за Маденом виконано в 19 (52,80±8,32%) пацієнток основної групи та у 15 (46,90±8,820%) в контролі ($p>0,05$). Не прооперовано 6 (16,70±6,21%) хворих основної групи та 10 (31,30±8,19%) пацієнток контрольної групи ($p<0,05$) (табл. 8).

Таким чином, розроблений метод комплексного лікування хворих на МП РГЗ із застосуванням ВАПХТ довів свою ефективність, доцільність подальшого дослідження та використання.

Таблиця 4. Безпосередні результати лікування хворих на МП РГЗ (ІІБ стадії) за критеріями RECIST

Відповідь пухлини на лікування (за критеріями RECIST)	Основна група, n (%)	Контрольна група, n (%)	p
ПР	2 (25,00±15,31)	1 (9,09±8,67)	$p>0,05$
ЧР	4 (50,00±17,68)	4 (36,36±14,50)	$p>0,05$
Стабілізація процесу	2 (25,00±15,31)	4 (36,36±14,50)	$p>0,05$
Прогресування процесу	0 (0,00)	2 (18,18±11,63)	$p>0,05$
Усього	8 (100)	11 (100)	

Таблиця 5. Безпосередні результати лікування хворих на МП РГЗ (ІІІА стадії) за критеріями RECIST

Відповідь пухлини на лікування (за критеріями RECIST)	Основна група, n (%)	Контрольна група, n (%)	p
ПР	1 (8,33±7,98)	0 (0,00)	$p>0,05$
ЧР	6 (50,00±14,43)	3 (33,33±15,71)	$p>0,05$
Стабілізація процесу	4 (33,33±13,61)	4 (44,44±16,56)	$p>0,05$
Прогресування процесу	1 (8,33±7,98)	2 (22,22±13,86)	$p>0,05$
Усього	12 (100)	9 (100)	

Таблиця 6. Безпосередні результати лікування хворих на МП РГЗ (ІІІБ стадії) за критеріями RECIST

Відповідь пухлини на лікування (за критеріями RECIST)	Основна група, n (%)	Контрольна група, n (%)	p
ПР	2 (12,50±8,27)	0 (0,00)	$p>0,05$
ЧР	6 (37,50±12,10)	4 (33,33±13,61)	$p>0,05$
Стабілізація процесу	7 (43,75±12,40)	6 (50,43±14,43)	$p>0,05$
Прогресування процесу	1 (6,25±6,05)	2 (16,67±10,76)	$p>0,05$
Усього	16 (100)	12 (100)	

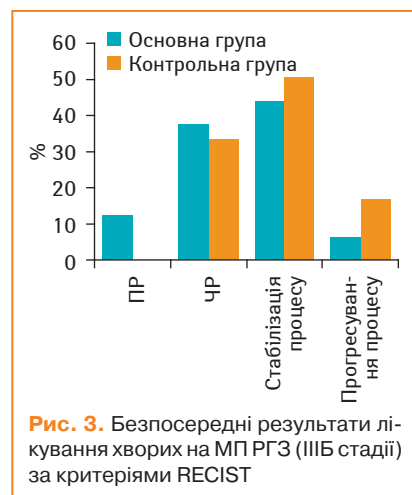
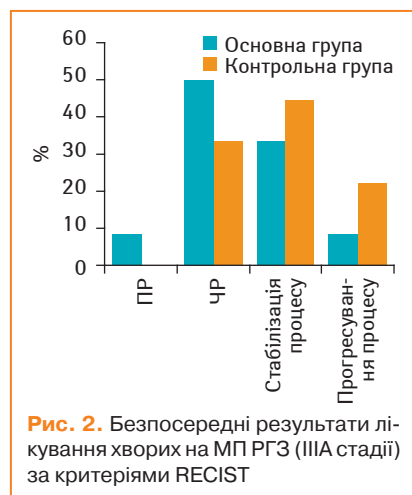
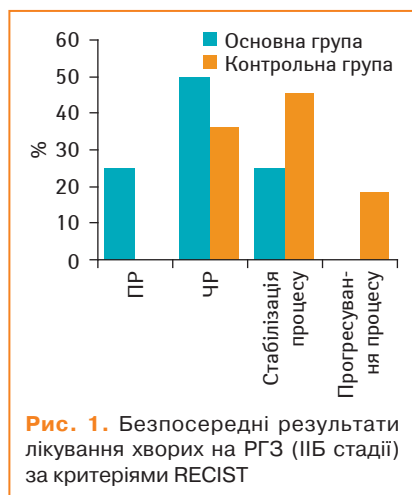


Таблица 7. Безпосередні результати лікування хворих на МП РГЗ (усі стадії) за критеріями RECIST

Відповідь пухлини на лікування (за критеріями RECIST)	Основна група, n (%)	Контрольна група, n (%)	p
ПР	5 (13,89 ± 5,76)	1 (3,13 ± 3,08)	p<0,05
ЧР	16 (44,44 ± 8,28)	11 (34,38 ± 8,4)	p>0,05
Стабілізація процесу	13 (36,11 ± 8,01)	14 (46,88 ± 8,82)	p>0,05
Прогресування процесу	2 (5,56 ± 3,82)	6 (18,75 ± 6,9)	p<0,05
Усього	36 (100)	32 (100)	

Таблица 8. Перелік оперативних втручань, проведених хворим на МП РГЗ

Групи хворих	Квадрантсектомія, n (%)	Мастектомія, n (%)	Не прооперовано, n (%)
Основна група			
IIБ (T2–3N0–1M0)	6 (75,00 ± 16,30)	2 (25,00 ± 15,3)	0 (0,00)
IIIА (T2–3N1–2M0)	5 (41,70 ± 14,20)	7 (58,30 ± 14,2)	0 (0,00)
IIIБ (T4N0–2M0)	0 (0,00)	10 (62,50 ± 12,10)	6 (37,50 ± 12,1)
Усього	11 (30,60 ± 7,68)	19 (52,80 ± 8,32)	6 (16,70 ± 6,21)*
Контрольна група			
IIБ (T2–3N0–1M0)	5 (45,50 ± 15,01)	6 (54,60 ± 15,01)	0 (0,00)
IIIА (T2–3N1–2M0)	2 (22,20 ± 13,90)	5 (55,60 ± 16,60)	2 (22,20 ± 13,90)
IIIБ (T4N0–2M0)	0 (0,00)	4 (33,30 ± 13,60)	8 (66,70 ± 13,60)
Усього	7 (21,90 ± 7,31)	15 (46,90 ± 8,820)	10 (31,30 ± 8,19)*

*p<0,05.

ВИСНОВКИ

1. Розроблено методику комплексного лікування хворих на МП РГЗ із застосуванням НПХТ з внутрішньоартеріальним введенням цитостатиків за схемою СР та системного введення антрациклінів, в основі якого лежить катетеризація внутрішньої грудної або підлопаткової артерії.

2. Використання ВАПХТ у комплексному лікуванні хворих на МП РГЗ сприяє збільшенню кількості ПР пухлини на 10,8% (p<0,05) та ЧР — на 10,1% (p>0,05; відзначено зростання прогресування пухлинного процесу у пацієнток контрольної групи на 13,9% (p<0,05).

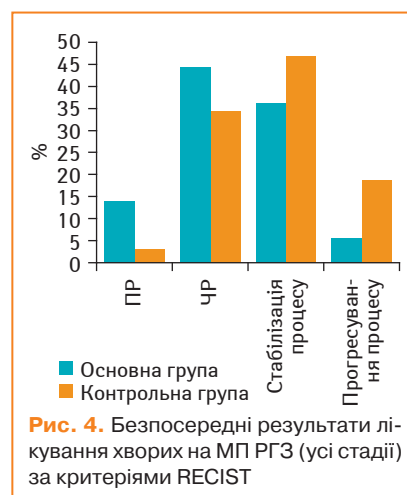
3. Застосування ВАПХТ у хворих на МП РГЗ призводить до достовірного зменшення токсичних проявів поліхіміо-

терапії в процесі лікування, що дозволяє провести НПХТ в повному обсязі.

4. Застосування ВАПХТ у хворих на МП РГЗ основної групи дозволяє провести на 14,6% більше радикальних оперативних втручань порівняно з контрольною групою (p<0,05).

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондар Г.В., Седяков І.Є., Шлопов В.Г. (2005) Первинно неоперабельний рак молочної залози. Каштан, Донецьк, 347 с.
2. Горбунова В.А., Артамонова Е.В., Багрова С.Г. и др. (2006) Этюды химиотерапии (пять лет спустя). Литтерра, Москва: 154–173.
3. Добровольская Н.Ю. (2007) Лекарственная и лучевая терапия в лечении местно-распространенного и диссеминированного рака молочной железы. Автореф. дисс. док. мед. наук. Москва: 15.
4. Лучевая диагностика заболеваний молочных желез (2006) Руководство для врачей под редакцией

**Рис. 4.** Безпосередні результати лікування хворих на МП РГЗ (усі стадії) за критеріями RECIST

ей проф. Труфанова Г.Е. ЭЛБИ, Санкт-Петербург: 143–199.

5. Переводчикова Н.И. (2005) Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Практическая медицина, Москва: 254–267.

6. Семиглазов В.Ф., Манихас А.Г., Семиглазова Т.Ю. и др. (2012) Неоадьювантная системная терапия рака молочной железы. Аграф+, Санкт-Петербург, 109 с.

7. Таразов П.Г., Корытова Л.И., Шашинов Е.Г. (2011) Внутриартериальная терапия рака молочной железы. Вопр. онкологии, 57 (1): 126–131.

8. Bonnefoi H., Diebold-Berger S., Therasse P. et al. (2003) Locally advanced/inflammatory breast cancers treated with intensive epirubicin-based neoadjuvant chemotherapy: are there molecular markers in the primary tumour that predict for 5-year clinical outcome? Ann. Oncol., 14: 406–413.

9. Kim T., Lau J., Erban J. (2006) Lack of uniform diagnostic criteria for inflammatory breast cancer limits interpretation of treatment outcomes: a systematic review. Clin. Breast Cancer, 7(5): 386–395.

10. Kitagawa K., Yamakado K., Nakatsuka A. et al. (2002) Preoperative transcatheter arterial infusion chemotherapy for locally advanced breast cancer (stage IIb) for downstaging and increase of resectability. Eur. J. Radiol., 43: 31–36.

Непосредственные результаты комплексного лечения больных местно-распространенным раком грудной железы с применением системно-селективной неоадьювантной полихимиотерапии

И.И. Смоланка, О.Г. Юринов, И.В. Досенко, А.А. Ляшенко, А.А. Супруненко, А.Д. Лобода

Национальный институт рака, Киев

Резюме. Проведен анализ непосредственных результатов лечения 105 больных местно-распространенным раком грудной железы. Разработана методика комплексного лечения пациенток с местно-распространенным раком грудной железы с применением в неоадьювантном режиме полихимиотерапии по схеме CAP (системно-селективная). Оценены изменения гематологических показателей у больных раком грудной железы в динамике применения неоадьювантной полихимиотерапии, проведена оценка ее токсичности. Установлено, что использование в комплексном лечении пациенток с местно-распространенным раком грудной железы полихимиотерапии позволяет повысить процент радикально прооперированных больных. Применение разработанной методики у больных местно-распространенным раком грудной железы не ухудшает показателей гемопоэза и самочувствия больных, способствует уменьшению токсических проявлений химиотерапии, что позволяет провести комплексное противопухолевое лечение в полном объеме и увеличить на 14,6% количество оперативных вмешательств по сравнению с контролем.

Ключевые слова: местно-распространенный рак грудной железы, комплексное лечение, неоадьювантная полихимиотерапия, внутриаартериальная полихимиотерапия, органосохраняющие операции, непосредственные результаты лечения.

Immediate results of complex treatment of patients with locally advanced breast cancer using system-selective neoadjuvant chemotherapy

I.I. Smolanka, O.G. Yurinov, I.V. Dosenko, A.A. Lyashenko, A.D. Loboda, A.A. Suprunenko

National cancer institute, Kyiv

Summary. The analysis of the immediate results of treatment of 105 patients with locally advanced breast cancer. The method of complex treatment of patients with locally advanced breast cancer with use of neoadjuvant chemotherapy scheme CAP intraarterial had done. During neoadjuvant chemotherapy the hematological parameters of patients with breast cancer were estimated. The increasing of percentage of radically operated patients, was analyzed. Application of the developed technique in patients with locally advanced breast cancer does not impair hematopoiesis and feeling sick, reduces toxic manifestations of chemotherapy, and increase of 14,6% the number of surgical interventions compared with controls.

Key words: locally advanced breast cancer, complex treatment, neoadjuvant therapy, intraarterial chemotherapy, conservative surgery, immediate results.