

риносколиозе производится боковая, срединная и поперечная остеотомия. При смещениях хрящевой части носа обычно мобилизуется четырехугольных хрящ с отсечением его от крыльных хрящей. Хрящ устанавливается в срединное положение. Фиксация его обеспечивается ушиванием разреза слизистой оболочки, внутриносовыми тампонами и гипсовой повязкой.

Ринолордоз устраняется с помощью фрагмента аллогенного хряща. Однако при сочетании этой патологии с искривлением носовой перегородки первым этапом выполняется септоринопластика, коррекция формы носа относится на 2 этап, обычно через 3 месяца.

Результаты всех операций были оценены как положительные при первичном осмотре после снятия гипсовой повязки и в течение 1 месяца после операции. В отдалённом периоде ввиду неудовлетворённости формой носа обратилась одна пациентка. Развитие костной мозоли в месте удаления горба носа потребовало повторного вмешательства для его устранения. Была использована миниинвазивная методика с положительным результатом. Изменение формы носа не сказалось на функции носа негативно ни в одном случае.

Таким образом, эстетическая хирургия носа позволяет получить высокий результат. Для этого следует учитывать: а) психо-эмоциональный статус пациента, б) использовать разнообразную хирургическую технику, в) правильно планировать этапность операций при сочетанной патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хоров А.О., Гриб А.К., Угляница Н.К.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Угляница К.Н.*

Рак молочной железы (РМЖ) в структуре онкологических заболеваний у женщин занимает первое место и третье – среди всего населения [1]. По данным ВОЗ, ежегодно в мире число первичных случаев РМЖ приближается к миллиону. Основу лечебной стратегии РМЖ составляет комплексная терапия, включающая локорегионарные (оперативно-лучевые) и системные (химио-гормонотерапия) воздействия. Одним из перспективных направлений в лечении РМЖ является неoadьювантная полихимиотерапия (ПХТ). Она ведет к уменьшению массы опухоли, что облегчает выполнение операции, предполагает воздействие на возможные субклинические метастазы и позволяет оценить чувствительность опухоли к ПХТ, а, значит, целесообразность ее дальнейшего использования в адьювантном режиме.

Целью работы были оценка эффективности неoadьювантной ПХТ, ее возможных токсических эффектов и влияние на течение послеоперационного периода у больных РМЖ.

В исследование включены 25 пациенток первичным РМЖ (T2-4NO-3MO) в возрасте от 27 до 60 лет. Началу ПХТ предшествовала трепанобиопсия опухоли для верификации диагноза, определения гормонального статуса и уровня Her-2/neu. В соответствии со стандартами пациенткам в 1 день последовательно в/в вводили (схема CAP) циклофосфан 500 мг/м², доксорубин 50 мг/м², фторурацил 500 мг/м². Интервал между курсами 3 недели. Количество курсов зависело от эффективности ПХТ и составляло от 2 до 4. (в среднем 3). Затем всем пациенткам выполнялась радикальная мастэктомия по Маддену.

Действие ПХТ на опухоль изучали в динамике (до начала курсов ПХТ и перед операцией) по ее линейным размерам путем пальпации, УЗИ и маммографии. Оценка эффективности лечения проводилась по критериям RECIST. Кроме того, определяли общий объективный ответ (сумма полных и частичных регрессий опухоли). Качество жизни пациенток оценивали по шкале Карновского, а токсичность ПХТ с частичным использованием критериев CTC-NCIC.

Как показали наши исследования, общий объективный ответ на ПХТ выявлен у 18 пациенток (72%), стабилизация процесса – у 7 (28%), прогрессирования рака не было. При этом

общий объективный ответ наблюдался при Т2 у 10 больных (83%), при Т3 – у 5 больных (62,5%) и при Т4 – у 3 больных (60%). При патоморфологическом изучении макропрепаратов полное исчезновение всех опухолевых клеток после ПХТ зарегистрировано у 5 больных (20%). Полная регрессия опухоли при Т2–Т3 отмечена у 16% больных, при Т4 – у 4%. По нашим данным, индуцированная ПХТ токсичность было умеренной, соответствовала 1–2 степени побочных лечебных эффектов и ни в одном случае не потребовала отмены или прерывания лечения. Нами также установлено, что неоадьювантная ПХТ не оказывала негативного влияния на течение раннего послеоперационного периода и не удлиняла сроков лечения. При этом отмечена тенденция к уменьшению продолжительности лимфореи. Качество жизни пациенток при этом не страдало.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что неоадьювантная ПХТ может быть эффективным компонентом комплексной терапии пациенток РМЖ, не лимитирующим сроки хирургического лечения и продолжительность послеоперационного периода. Вероятно, ПХТ в таком режиме позволит снизить число отдаленных метастазов и местных рецидивов и тем самым улучшить результаты лечения РМЖ.

Литература:

1. Угляница, К.Н. Общая онкология: учебное пособие / К.Н. Угляница, Н.Г. Луд, Н.К. Угляница. – Гродно: ГрГМУ, 2007. – 818 с.

ГЕРЦЕПТИН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕГ-ПОЗИТИВНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хоров А.О., Чушель С.Г., Норик Д.П., Хомбак А.М., Гриб А.К.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Угляница К.Н.

Целью работы были оценка токсичности и эффективности лечения Нег-позитивных больных раком молочной железы при применении герцептина в комбинации с ПХТ.

В исследование включены две группы больных. В первой группе были 21 пациентка первичным РМЖ (Т2–4N0–3M0), у которых после радикальной операции на железе выявлена гиперэкспрессия Her-2/neu в опухоли. В соответствии со стандартами им последовательно в адьювантном режиме каждые 3 недели проводилось лечение, включающее доксорубицин и циклофосфамид (4 цикла), затем 4 цикла – паклитаксел и герцептин (8 мг/кг) и в последующем, до года, вводили герцептин в поддерживающей дозе (6 мг/кг) 1 раз в 21 день. Вторую группу составили 28 больных РМЖ (Т1–4N0–3M0), у которых после радикального удаления опухоли в ранние сроки после операции (через 1–6 мес) диагностирована генерализация опухолевого процесса, что позволило предположить наличие опухолевой гиперэкспрессии Her-2/neu. Для его оценки рецепторного статуса Her-2/neu в этой группе использовались архивные блоки гистологических препаратов опухолей. Лечение больных второй группы проводилось герцептином (8 мг/кг) в комбинации с различными цитостатиками (таксаны, винорельбин, препараты платины) и продолжалось до прогрессирования процесса. Пациенткам обеих групп выполнялась стандартная сопроводительная терапия.

Для определения Her-2/neu рецепторов в опухолях молочной железы применялся двухступенчатый иммунопероксидазный метод с моноклональными антителами «ДАКО» (клон с-erB-2). Для визуализации и оценки результатов по 3-балльной шкале использовалась система En-VISION с диамин-бензидином.

Оценка эффективности лечения проводилась по критериям RECIST, качества жизни больных – по шкале Карновского, токсичность противоопухолевой терапии – с частичным использованием критериев CTC-NCIC.

В результате включения герцептина в схемы лекарственного лечения не наблюдалось заметного ухудшения общего состояния пациентов и снижения качества их жизни. В основном токсичность противоопухолевой терапии была в пределах 1–2 степени.