

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 доксорубин 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.

В первой группе больных за время наблюдения общий объективный ответ (сумма полной и частичной регрессии опухолей) на лечение отмечен у 11 больных (52,4%), стабилизация процесса – у 3 (14,3%) и прогрессирование – у 7 пациенток (33,3%).

Во второй группе больных, с ретроспективной диагностикой Нег-положительного РМЖ, общий объективный ответ на лечение зарегистрирован у 12 больных (42,8%), стабилизация процесса – у 5 (17,9%), а у 11 пациенток (39,3%) на фоне проводимой терапии продолжалось прогрессирование рака и 7 больных умерли в сроки от 6 до 11 месяцев.

В результате сделаны выводы о том, что включение герцептина в схемы лекарственного лечения больных с Нег-позитивным РМЖ значительно увеличивает частоту ответа по сравнению с химиотерапией и позволяет улучшить результаты комплексного лечения этой прогностически неблагоприятной группы пациенток. Более низкая эффективность лечения больных второй группы, вероятно, обусловлена тем, что оно начиналось при неблагоприятной клинической ситуации на фоне выраженной манифестации генерализованного опухолевого процесса. Герцептин в комбинации с исследуемыми химиопрепаратами не увеличивает токсичность лечения и частоту его побочных эффектов, а также существенно не влияет на общее состояние больных и качество их жизни.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН

Храмченко Н.Д.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Гурич А.Л.

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) (dis- нарушения, plasias- развитие, образование) – нарушение развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах, генетически детерминированное состояние, характеризующееся дефектами волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов с прогрессирующим течением [1].

Цель исследования: доказать, что пролапс гениталий у молодых женщин является следствием генерализованной дисплазии соединительной ткани, а роды являются лишь пусковым фактором к развитию данного заболевания.

Материалы исследования. Случайная выборка пациенток из отделения патологии беременных Гродненского областного клинического перинатального центра (по данным анкетирования 13 человек). Все больные с учетом степени тяжести разделены на 3 группы в соответствии со шкалой, характеризующей степень выраженности ДСТ [3]. В 1-ю группу вошло 9 женщин, сумма баллов до 9. 2-ю группу составили 4 женщины, сумма баллов от 10 до 16. Беременных с 17 и более баллов не было.

Результаты исследования. Несовпадение между относительно невысоким процентом травм тазового дна и вместе с тем возникновением в ближайшие годы пролапса гениталий, требующих хирургической коррекции в течение 5 ближайших лет у больных со сколиозами, гипермобильностью суставов, склонностью к вывихам, грыжам, спланхнотозу, склонность к повышенному образованию синяков, повышенная кровоточивость в сочетании с пролапсом митрального клапана подтвердило то, что патогенез пролапса гениталий у этой категории больных связан с ДСТ. В основе морфологических изменений лежит уменьшение коллагена в межклеточном веществе вследствие нарушения его распределения при сохраненном синтезе.

Вывод. Пролапс гениталий – лишь частное проявление генерализованной ДСТ на уровне репродуктивной системы; роды у больных с ДСТ являются лишь провоцирующим фактором к развитию пролапса гениталий; степень тяжести пролапса гениталий и сроки его возникновения находятся в прямой зависимости от выраженности клинических проявлений