

пія в 2 етапи з двотижневою перервою між ними; РОД — 2 Гр, СОД — 60 Гр.

Для зменшення ступеня вираженості місцевих променевих реакцій кожен пацієнт приймав мінімум 3 з таких препаратів: «Альмагель», «Левіан», «Вінілін», олію шипшини чи обліпіхи. Дотримувалися також рекомендованого хворому режиму харчування.

Аналізуючи результати лікування, ми враховували такі фактори, як переносність ПТ (загальна слабкість, нудота, зниження апетиту, зменшення больового синдрому), характер і ступінь вираженості місцевих променевих реакцій, динаміку маси тіла. Оцінювали ступінь регресу пухлини і тривалість життя.

Серед пацієнтів 1-ї групи всі хворі добре перенесли безпосередньо опромінювання, у 2 осіб стабілізувалася маса тіла, у 3 — до 1,5 кг збільшився цей показник. У 4 осіб встановлено повний регрес пухлини, в 1 — частковий, що помітно поліпшило якість життя.

У відстрочений термін лише в 1 хворого розвинувся ерозивний езофагіт, протягом року помер 1 з 5 хворих.

Серед пацієнтів 2-ї групи більше половини відзначали погану переносність лікування, збереження больового синдрому під час прийняття їжі. Маса тіла стабілізувалася в 6 чоловік; 7 з 10 хворих померли протягом року після завершення лікування.

Отримані безпосередні результати ППТ хворих на РС порівнянні з низкою публікацій [2], хоч ми не мали можливості оцінити 5-річну виживаність таких хворих.

Отже, аналіз результатів лікування хворих на РС з використанням поєднано-променевої терапії дозволив встановити ефективність терапії у випадках неможливості оперативного лікування пацієнтів цієї категорії, що проявилось в поліпшенні як суб'єктивних, так і об'єктивних показників.

### Література

1. Киркилевский С.И. // *Здор. Укр.* — 2008. — № 2/1. — С. 53–54.
2. Бондарчук О.С., Иванкова В.С. и др. // *УРЖ.* — 2000. — Т. VIII, вип. 4. — С. 414.
3. Канаев С.В., Щербаков А.М., Шулепов А.В. // *Вопр. онкол.* — 2006. — Т. 52, № 1. — С. 32–37.
4. Мамонтов А.С. // *Практ. онкол.* — 2003. — Т. 4, № 2. — С. 76–82.

З.П. Бекназаров, М.Т. Арипходжаева

*Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз, Ташкент*

### Лучевая терапия в комплексном лечении рака грудной железы III стадии с реконструктивно-пластическими операциями

### Radiation therapy in complex treatment for stage III breast cancer with reconstructive plastic surgery

**Summary.** Post-operative radiation therapy in patients with stage III breast cancer on the third month after reconstructive plastic surgery allows to eliminate scar deformities of the organ and does not aggravate the treatment results when compared with mastectomized patients.

**Key words:** breast cancer, radiation therapy, polychemotherapy, mastectomy, reconstructive-plastic surgery.

**Резюме.** Проведення післяопераційної променевої терапії у хворих на рак грудної залози III стадії на третьому місяці після радикальних операцій з реконструктивною пластикою дозволяє уникнути рубцевої деформації відновленого органа та не погіршує результатів лікування порівняно з мастектомованими хворими.

**Ключові слова:** рак грудної залози, променева терапія, поліхемотерапія, мастектомія, реконструктивно-пластичні операції.

**Ключевые слова:** рак грудной железы, лучевая терапия, полихимиотерапия, мастэктомия, реконструктивно-пластические операции.

Реконструктивно-пластические операции занимают главное место в реабилитации больных раком грудной железы (РГЖ) и в настоящее время рассматриваются как этиотропное лечение психических расстройств, связанных с утратой женственности и целостности собственного органа [1, 2]. Использование возможностей восстановительной и пластической хирургии расширяет границы операбельности пациенток с запущенными местно-распространенными процессами и в большинстве современных публикаций оценивается весьма оптимистично [3–5].

При этом необходимо учитывать, что лучевая терапия (ЛТ) является одним из факторов риска в реконструкции грудной железы (ГЖ), независимо от метода вмешательства. Существуют противоречивые взгляды на роль ЛТ при реконструкции ГЖ. В частности, пациентки, перенесшие радиотерапию после мастэктомии, имеют повышенный риск для развития таких осложнений, как фиброз, жировой некроз и контрактура лоскута [5–8].

Целью исследования стало изучение влияния ЛТ на ближайшие и отдаленные результаты лечения больных РГЖ III стадии с реконструктивно-пластическими операциями.

Проанализированы результаты комплексного лечения 374 больных РГЖ III стадии в отделении онкомаммологии РОНЦ МЗ РУз и в КОД МЗ РТ (РФ) в период 1999–2007 гг. В основную группу вошли 132 больных РГЖ, которым наряду со стандартными для данной стадии заболевания схемами химиолучевого и хирургического лечения проводили реконструктивно-пластические операции. Контрольную группу составили 242 больных РГЖ, получавших стандартные схемы химиолучевого и хирургического лечения без проведения реконструктивно-пластических операций.

Средний возраст женщин составил в основной группе  $41,2 \pm 0,7$  ( $p < 0,01$ ) года и  $43,4 \pm 0,5$  года в контрольной группе. Стадия IIIa встречалась у 81 (61,4 %) больной основной группы и у 129 (53,3 %) — контрольной; стадия IIIb — у 23 (17,4 %) и у 56 (23,1 %) соответственно и стадия IIIc — у 28 (12,2 %) пациенток основной группы и у 57 (23,6 %) — контрольной.

До операции проводили облучение только первичной опухоли ГЖ с захватом 0,5–1,0 см прилежающих нормальных тканей, при этом использовали клас-

сическое фракционирование — РОД 2 Гр, СОД 40 Гр, а также облучение средними фракциями — РОД 4 Гр, СОД 20 Гр и крупнофракционное облучение — РОД 5 Гр, СОД 25 Гр. Оперативное вмешательство осуществляли в день окончания облучения или через 24 часа.

Послеоперационное облучение начинали через 2–3 месяца после операции. В зону лучевого воздействия включали всю грудную железу. Подмышечные и над/подключичные лимфатические узлы (ЛУ) облучали в случае их метастатического поражения в более чем 3 узлах (при локализации опухоли в наружных квадрантах). Эти же зоны включались вместе с парастернальными ЛУ при обнаружении любого количества метастатически пораженных подмышечных узлов при локализации опухоли в центральной части или в медиальных квадрантах ГЖ. При этой локализации первичной опухоли, в случае отсутствия метастазов в подмышечных ЛУ, лучевому воздействию подлежали только парастернальные ЛУ. Разовая очаговая доза составляла 2 Гр. Суммарная доза на ГЖ и на зоны регионарного метастазирования составляла 40–44 Гр.

В случае множественного метастатического поражения ЛУ в зону облучения включали всю ГЖ и надключичные, подмышечные и парастернальные ЛУ при локализации опухоли в наружных квадрантах. При новообразованиях центральной и медиальной локализации — вместе с ГЖ обязательно облучали все зоны

регионарного метастазирования (N1-3) независимо от уровня метастатического поражения, РОД — 2 Гр, СОД — 36–40–44 Гр.

В предоперационном периоде больные РГЖ получали полихимиотерапию (ПХТ) преимущественно по схеме САФ, а часть пациенток — по схеме СМФ. В общей сложности предоперационная ПХТ в основной группе была проведена 63 (47,7 %), в контрольной группе — 183 (75,6 %) больным РГЖ.

Также в предоперационном периоде части больных проводили ЛТ в различных режимах фракционирования (табл. 1).

Всего предоперационную ЛТ в основной группе получили 42 (31,8 %) человека и в контрольной группе — 95 (39,3 %).

Выбор вида хирургического лечения больных РГЖ осуществлялся на основании комплекса проведенных диагностических мероприятий с учетом индивидуальных особенностей пациенток. Операцией выбора при хирургическом лечении в основной группе стала мастэктомия (МЭ) по Пейти, а на 2-м месте по числу проведенных операций — радикальная резекция по Н.Н. Блохину.

В основной группе проводили одномоментные реконструктивно-пластические операции с использованием ректо-абдоминального лоскута (ТРАМ-пластику) 99 (75,0 %) пациенткам и отсроченную ТРАМ-пластику — 4 (3,0 %). Одномоментную пластику с использованием кожно-мышечного лос-

Таблица 1

Распределение больных РГЖ в зависимости от схемы предоперационной ЛТ

Фракционирование	Доза, Гр		Количество больных в группе					
			основная		контрольная		всего	
	РОД	СОД	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Классическое	2	40	22	16,7	39	16,1	61	16,3
	2	48	—	—	5	2,1	5	1,3
	2	36–40–44 (на ЛУ)	4	3,0	6	2,5	10	2,7
Средними	4	20	12	9,1	21	8,7	33	8,8
Крупными	5	20–25	3	2,3	5	2,1	8	2,1
Гипоксиродиотерапия	7,5		—	—	5	2,1	5	1,3
	13,0		—	—	14	5,8	14	3,7
Всего больных с предопер. ЛТ			42	31,8	95	39,3	137	36,6
Всего больных в группе			132	100,0	242	100,0	374	100,0

Таблица 2

Распределение больных РГЖ в зависимости от схемы послеоперационной ЛТ

Фракционирование	Доза, Гр		Количество больных в группе					
			основная		контрольная		всего	
	РОД	СОД	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Классическое	2	40	51	38,6	80	33,1	131	35,0
	2	44	10	7,6	12	5,0	22	5,9
	2	36–40–44 (на ЛУ)	28	21,2	34	14,0	62	16,6
Всего больных с послеопер. ДЛТ			89	67,4	126	52,1	215	57,5
Всего больных в группе			132	100,0	242	100,0	374	100,0

кута на прямой мышце живота (TDL-пластику) проводили 29 (22,0 %) больным.

В контрольной группе также преимущественно выполняли МЭ по Пейти, а на 2-м месте по числу операций была МЭ по Маддену. Небольшой части больных контрольной группы была выполнена радикальная резекция по Н.Н. Блохину.

В послеоперационном периоде проводилась ПХТ, преимущественно по схеме САФ. Также применяли схемы CMF и AC. Всего адъювантная ПХТ была проведена 115 (87,1 %) пациенткам основной группы и 190 (78,5 %) — контрольной.

Схемы послеоперационной ЛТ представлены в табл. 2.

В зависимости от гормонально-рецепторного статуса опухоли 66 (50,0 %) больных основной группы и 68 (28,1 %) — контрольной также получали гормонотерапию.

При изучении осложнений, возникших в ближайшем послеоперационном периоде, было показано, что у 7 пациенток, которым была выполнена транспозиция лоскута на двух мышечных ножках, некроза лоскута в послеоперационном периоде не наблюдалось.

При заборе TRAM-лоскута на одной питающей ножке эстетический результат оказался лучше, однако возрастала вероятность появления краевого некроза лоскута. Недостаточность кровообращения в лоскуте и, как следствие, краевой некроз мы отмечали в 10 (7,8 %) наблюдениях при TRAM-пластике. В случае TDL-пластики некроз лоскута отмечался у 3 (2,3 %) пациенток. Следует отметить, что у больных с реконструктивно-пластическими операциями не было характерных осложнений ЛТ по типу рубцовой деформации.

Развитие отдаленных послеоперационных рецидивов у больных РГЖ нами прослежено в сроки от 3 до 5 лет и более. В основной группе больных РГЖ отдаленные рецидивы были выявлены у 15 (11,4 %), в контрольной — у 28 (11,6 %) пациенток. Отдаленные метастазы в основной группе развились у 30 (22,7 %) пациенток, в то время как в контрольной — у 53 (21,9 %).

Общая 5-летняя выживаемость больных в основной группе при IIIa стадии заболевания составила 77,4 %, что примерно соответствовало таковой в контрольной группе — 78,6 %. При IIIb стадии величина этого показателя в основной группе составила 63,5 % и в контрольной — 64,0 %. Более низкие уровни показателей 5-летней выживаемости имели место при IIIc стадии — 40,1 % в основной и 39,3 % — в контрольной группе.

Пятилетняя безрецидивная выживаемость в основной группе при IIIa стадии заболевания составила 65,4 %, в контрольной группе — 67,0 %. При IIIb стадии величина данного показателя составила 58,2 % и 56,3 % соответственно. Более низкие уровни показателей 5-летней безрецидивной выживаемости обнаруживались при IIIc стадии — 36,4 % в основной и 35,1 % — в контрольной группе больных РГЖ.

В нашем исследовании показана возможность проведения реконструктивно-пластических операций у больных III стадией РГЖ в процессе комплексного химио- и лучевого лечения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что ЛТ не оказывает заметного негативного влияния на ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с реконструктивно-пластическими операциями по сравнению с мастэктомиями пациентками.

Таким образом, показана возможность проведения реконструктивно-пластических операций у больных III стадией РГЖ в процессе комплексного химио- и лучевого лечения на примере 103 пациенток с TRAM-лоскутом и 26 — с TDL-лоскутом.

Проведение послеоперационной ЛТ на третьем месяце после радикальных операций с реконструктивной пластикой позволяет избежать возникновения рубцовой деформации восстановленной ГЖ.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что ЛТ не оказывает заметного негативного влияния на ближайшие и отдаленные результаты лечения больных РГЖ III стадии, которым проводили реконструктивно-пластические операции по сравнению с мастэктомиями пациентками.

#### Литература

1. Бурлаков А.С., Сороколетов А.В. Одномоментное восстановление груди TRAM-лоскутом при радикальных операциях по поводу рака грудной железы // *Матер. 5-го Всерос. съезда онкол.* — Казань, 2000. — С. 35.
2. Пак Д.Д., Евтягин В.В., Рассказова Е.А., Захарков Л.И. // *Рос. онкол. журн.* — 2005. — № 2. — С. 7–11.
3. Лактионов К.П., Блохин С.Н., Денисова А.Л. // *Мам-мол.* — 2006. — № 2. — С. 25–28.
4. Исмагилов А.Х., Гимранов А.М., Губайдуллин Х.М. // *Рос. онкол. журн.* — 2004. — № 3. — С. 28–32.
5. Buchholz T., Tucker S., Masullo L. et al. // *J. Clin. Oncol.* — 2002. — Vol. 20. — P. 17–23.
6. Петровский Д.А., Ермаков Н.В., Цветков А.Н. // *Анналы пласт., реконстр. и эстет. хирургии.* — 2002. — № 4. — С. 92–93.
7. Nicole E., Rogers B.A., Robert J.A. // *Seminars in plastic surgery.* — 2002. — Vol. 16, № 1. — P. 19–25.
8. Sitathane C., Puataweepong P. et al. // *J. Med. Assoc. Thai.* — 2005. — Vol. 88 (12). — P. 1861–1866.

Г.В. Бондар, Ю.В. Думанский, О.В. Борота, М.В. Бондаренко, О.Ю. Кияшко, И.В. Пасальский, О.О. Борота

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

#### **Лікування нерезектабельного місцево-поширеного раку прямої кишки з використанням регіонарної внутріартеріальної хемотерапії Treatment for inoperable local rectal cancer using regional intraarterial chemotherapy**

**Summary.** Based on the clinical data (98 patients with inoperable local rectal cancer), a new solution of the problem is presented. The purpose is to improve immediate and long-term results of treatment of the patients with inoperable local rectal cancer by means of application of the original technique of regional intraarterial chemotherapy.