

Циклофосфамид 500 мг/м<sup>2</sup> разводят в 100–500 мл 0,9%-го р-ра натрия хлорида или 5%-го р-ра глюкозы и вводят в/в в течение 15–60 мин в 1-й день каждые 3 недели. Всего проводят 6 циклов.

**Доксорубицин + циклофосфамид (АС), затем паклитаксел + трастузумаб (ТН), затем трастузумаб (Н) (АС × 4 каждые 3 недели → ТН × 12 еженедельно → Н × 40 еженедельно).**

**Доксорубицин + циклофосфамид:**

Доксорубицина гидрохлорид 60 мг/м<sup>2</sup> вводят в/в струйно в течение 3–5 мин в 1-й день каждые 3 недели. Всего проводят 4 цикла.

Циклофосфамид 600 мг/м<sup>2</sup> разводят в 100–500 мл 0,9%-го р-ра натрия хлорида или 5%-го р-ра глюкозы и вводят в/в в течение 15–60 мин в 1-й день каждые 3 недели. Всего проводят 4 цикла.

Далее переходят к следующему этапу.

**Паклитаксел + трастузумаб:**

Режим в 1-ю неделю:

Трастузумаб 4 мг/кг (насыщающая доза) разводят в 250 мл 0,9%-го р-ра натрия хлорида и вводят в/в в течение минимум 90 мин за 1 день до первого введения паклитаксела.

Паклитаксел 80 мг/м<sup>2</sup> разводят в 0,9%-м р-ре натрия хлорида или в 5%-м р-ре глюкозы

до концентрации 0,3–1,2 мг/мл, вводят в/в в течение 60 мин.

Режим со 2-й по 12-ю неделю:

Паклитаксел 80 мг/м<sup>2</sup> разводят в 0,9%-м р-ре натрия хлорида или в 5%-м р-ре глюкозы до концентрации 0,3–1,2 мг/мл, вводят в/в в течение 60 мин еженедельно, после чего немедленно переходят к инфузии следующего препарата.

Трастузумаб 2 мг/кг (насыщающая доза) разводят в 250 мл 0,9%-го р-ра натрия хлорида и вводят в/в в течение 30–90 мин еженедельно (суммарная доза в неделю, начиная со 2-й недели – 2 мг/кг).

Режим введения с 1-й по 40-ю неделю:

Трастузумаб 2 мг/кг (насыщающая доза) разводят в 250 мл 0,9%-го р-ра натрия хлорида и вводят в/в в течение 30–90 мин еженедельно в течение 40 недель.

Таким образом, учитывая своеобразную биологическую картину, различные клинические проявления рака молочной железы, прогнозы и реакции на лечение, системное воздействие в виде химиотерапии или гормонотерапии является обязательным для большинства пациенток имеющих это заболевание.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая маммология. Практическое руководство / Под ред. М. И. Давыдова и В. П. Летягина. – М., АБВ-пресс, 2010. – 154 с.
2. Краткое руководство по лечению опухолевых заболеваний / Под ред. Майкла М. Боядзиса, Питера Ф. Лебоуица, Джеймса Н. Фрейма и др. / Пер. с англ. под ред. С. А. Тюляндина, И. В. Поддубной. – М.: Практическая медицина, 2009. – С. 325–394.
3. Рожкова Н. И. Маммология // Национальное руководство. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009. – 328 с.
4. Скрытникова Г. В., Сперанский Д. Л. Лекарственная терапия отдельных форм злокачественных опухолей. Руководство для врачей. – Волгоград, 2007. – 120 с.
5. Orlando E. Silva, Stefano Zurrada. Breast cancer. A practical guide. Third edition / Presented by U. Veronesi // Elsevier Saunders. – 2005. – 646 p.

## ВОЗМОЖНОСТИ НЕГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДИФФУЗНОЙ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ

*Т. Ф. Девятченко, Д. Л. Сперанский, А. Г. Чухнин*

**Кафедра онкологии с курсом онкологии и гематологии ФУВ ВолгГМУ**

В России рак молочной железы регистрируется у каждой 9-й женщины. Мастопатия – у каждой 2-й женщины. Каждой 4-й женщине до 30 лет ставится диагноз доброкачественных заболеваний молочных желез. До 80 % женщин репродуктивного возраста страдают мастопатией.

Фиброзно-кистозная мастопатия является доброкачественным заболеванием, но она может явиться промежуточной стадией в развитии злокачественного процесса. По данным различных

исследований, риск развития рака молочной железы на фоне мастопатии возрастает в 2,4 раза.

Что объединяет мастопатию и рак молочной железы (РМЖ):

- общие факторы риска мастопатии и РМЖ;
- общие принципы и механизмы развития мастопатии и РМЖ – хроническая гиперэстрогения;
- в эпидемиологических исследованиях у больных РМЖ чаще была предшествующая мастопатия.

Классическое описание мастопатии относится к 1838 г. (J. Velpeau), но несмотря на такую продолжительную историю, до сих пор остается множество нерешенных вопросов.

В настоящее время определено значительное количество факторов, способствующих появлению изменений в молочных железах. По определению ВОЗ (1984), мастопатия – это фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся нарушением соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов, сопровождающимся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы.

К этиологическим компонентам развития мастопатии относят:

*хронические стрессовые ситуации:*

- бытовые конфликты;
- конфликтные ситуации на работе;
- неудовлетворенность семейным положением;

– неблагоприятные сексуальные факторы;  
*состояние гинекологической сферы пациентки:*

- раннее менархе и поздняя менопауза;
- воспалительные заболевания органов малого таза;

– прерывание беременности;

*эндокринный статус женщины:*

- гиперэстрогения;
- гиперпролактинемия;
- недостаток гестагенов;
- гипотиреоз;

*наследственная предрасположенность*

*наличие различного характера гепатопатий.*

Обычно, к развитию мастопатии приводит комплекс перечисленных факторов, когда нарушается гормональный гомеостаз в организме женщины (см. рис.).

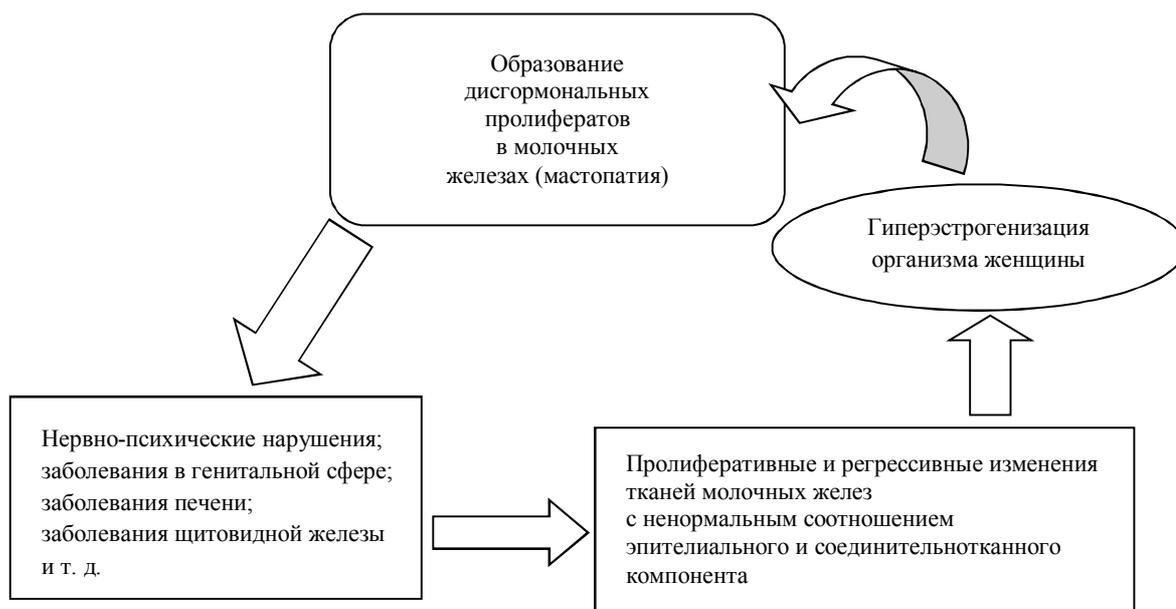


Рис. Гормональный гомеостаз в организме женщины

Клинически мастопатия проходит несколько этапов:

*I фаза* – масталгия (за 5–7 дней до месячных и 1–2 дня в начале их);

*II фаза* – масталгия, с дискомфортом в молочных железах, нагрубанием и отеком во II фазе и в фазе месячных;

*III фаза* – сочетание I и II фазы с пальпируемыми уплотнениями в молочной железе весь менструальный цикл.

Диагноз фиброзно-кистозной мастопатии основывается на данных маммографического обследования. В зависимости от преобладания того

или иного компонента выделяют (по Н. И. Рожновой, 1998), следующие виды диффузной мастопатии:

- диффузную мастопатию с преобладанием железистого компонента;
- диффузную мастопатию с преобладанием фиброзного компонента;
- диффузную мастопатию с преобладанием кистозного компонента;
- склерозирующий аденоз.

Лечение диффузных форм всегда консервативное. До настоящего времени не существует единых стандартов лечения диффузных форм

мастопатии. Терапия обязательно должна включать в себя устранение причин, приводящих к развитию патологии молочных желез. Лечение проводится с учетом возраста, формы заболевания, наличия сопутствующих эндокринных, гинекологических заболеваний или экстрагенитальной патологии. Своевременное и эффективное лечение является не только залогом сохранения здоровья женщин, но и позволяет сохранить женскую индивидуальность, психологическое равновесие (Приленская В. П., 2003).

Для лечения мастопатии используют следующие разнонаправленные препараты: растительные, гомеопатические, витаминные, общеукрепляющие средства, гормональные препараты.

Учитывая негативное отношение к лечению ДФКМ гормональными препаратами как пациентов, так и врачей особое место занимают методы негормонального лечения. Условно их можно разделить на следующие группы:

- фитотерапия;
- гомеопатическая терапия;
- витаминотерапия;
- препараты йода;
- нестероидные противовоспалительные средства;
- психотропные препараты;
- ферменты;
- другие препараты.

Комитетом по диете, питанию и борьбе с раком Национальной академии наук США предложены следующие рекомендации больным ДФМК:

- снижение потребления жиров;
- включение в диету овощей, фруктов, злаковых, особенно богатых каротином;
- ограничение потребления копченых, соленых, консервированных продуктов.

По данным метаанализа, выполненного в рамках Кохрейновского сотрудничества, уменьшение приема жиров в рационе рассматривается как безусловно эффективное мероприятие (класс доказательности А). Перспективным методом консервативного лечения ДФКМ является применение гомеопатических средств.

Гомеопатия – это система лечения заболеваний при помощи специально приготовленных лекарств, содержащих очень малые дозы активных компонентов, которые в больших дозах вызывают подобные болезненные проявления. Главное отличие гомеопатии от академической медицины заключается в воздействии препаратов на поддержание и активизацию защитных сил организма. Научная же медицина использует этио- и патогенетическую направленность. В связи с использованием для приготовления гомеопатических лекарств натурального сырья растительного, животного

и неорганического происхождения, побочные эффекты крайне редки, и зачастую это является основанием для выбора пациентками этих препаратов.

С 2012 г. в практике лечения диффузных форм фиброзно-кистозной болезни, нами используется гомеопатический препарат «Мастопол».

В его состав в высоких гомеопатических разведениях входят следующие активные компоненты:

- *Conium maculatum (Conium)* C<sub>6</sub>- 0,075 г;
- *Thuja occidentalis (Thuja)* C<sub>6</sub>- 0,075 г;
- *Hydrastis canadensis (Hydrastis)* C<sub>3</sub>- 0,075 г;
- *Calcium fluoratum* C<sub>6</sub>- 0,075 г.

*Conium maculatum*, или болиголов пятнистый, известен со времен Гиппократов, вошел в историю как яд, приведший к смерти Сократа. Используются семена и свежесорванные соцветия этого растения. В нем содержится множество алколоидов, главными из которых являются конин, метилконин, конидрин, коницеин и др. В народной медицине издавна применяется как болеутоляющее, спазмолитическое, противосудорожное, успокаивающее средство. Традиционно болиголов является лидером в лечении рака и в старинных травниках его характеризуют как «сильно могучее, раки заживляющее, коего оно боль утоляет и опухоль разбивает». Болиголов как болеутоляющее и спазмолитическое средство входил в четыре Государственные Российские фармакопеи (с 1866 г.).

*Thuja occidentalis* (жизненное дерево, туя) содержит активные компоненты монотерпены – туйон, изотуйон, фенхон, сабины и другие монотерпены, а также борнеол, туювую и муравьиную кислоты. Различные части растения используются в народной медицине как стимулирующее центральную нервную систему, отхаркивающее, диуретическое средство. В гомеопатии используется для лечения опухолей и местно при келоидах, пролежнях, лучевых повреждениях кожи.

*Hydrastis Canadensis* (желтокорень канадский, золотая печать). Используются семена и корни для приготовления лекарств, широко используется в гомеопатии при маточных, желудочно-кишечных кровотечениях, различных воспалительных заболеваниях. Препарат обладает мощным тонизирующим, противовоспалительным, улучшающим пищеварение и нормализующим иммунную систему средством, обладает антибактериальным и антисептическими свойствами.

*Calcium fluoratum* (фтористое соединение кальция) активно действует на фиброзную и эластическую ткань, широко используется при болезнях кровеносных сосудов, желез и опорно-двигательного аппарата.

Таким образом, комплексный состав мастополла разнопланово действует на организм женщин, страдающих мастопатией. Мастопол назначается по 1 таблетке 3 раза в день за 30 минут до или через 1 час после еды в течение 2 месяцев.

На клинической базе кафедры онкологии ОКОД № 1 Волгограда произведено исследование эффективности мастополла у 52 женщин репродуктивного возраста, страдающих различными формами диффузной мастопатии.

Критериями включения больных в исследование были следующие:

- согласие больной;
- возраст старше 30 лет;
- заболевание: диффузные формы ФКМ;
- возможность динамического наблюдения:

явка на прием через 3, 6, 12 месяцев от начала лечения.

Средний возраст составил 39,3 года, все – городские жительницы, 47 % имели высшее образование, большинство (80 %) работали.

Для оценки качества жизни использовался опросник. Заполнение опросников проводилось трижды: 1-е – при обращении больной, второе – через 3 месяца от начала лечения, 3-е – через 12 месяцев. Опросник состоял из 15 вопросов, на каждый вопрос предлагался от 2 до 4 вариантов ответов.

Оценка боли в молочной железе проводилась с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), которая представляет линию длиной 10 см, наиболее удаленная точка с левой стороны соответствует отсутствию болевых ощущений – 0, наиболее удаленная точка с правой стороны – наиболее интенсивной боли – 10. Считается, что боль средней интенсивности соответствует 4 см, сильной – 7 см и более.

Причинами выбыванию из исследования были отсутствие эффекта от приема первого курса мастополла – 11 больных (21 %).

Эффективность и безопасность оценивалась по данным опросников и результатам обследования. Одним из критериев эффективности был факт уменьшения боли (более чем на 2 балла по ВАШ) либо полное ее исчезновение. Нежелательных явлений, зафиксированных в ходе исследования, не было, чем был подтвержден благоприятный профиль безопасности препарата. У больных изучался анамнез, проводилось физикальное обследование молочных желез, гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование молочных желез и малого таза и рентгеновская маммография (у лиц старше 35 лет) в первую фазу менструального цикла.

Основными анамнестическими данными были:

- только 20 % женщин использовали КОК для предохранения от беременности, причем как сами женщины, так и их гинекологи считали, что прием КОК при ДФКМ противопоказан;

- 40 % больных имели гинекологические проблемы воспалительного характера, эндометриоз;

- 22 % – заболевания гепатобилиарной системы;

- 10 % – заболевания желудочно-кишечного тракта;

- 5 % – гипотиреоз щитовидной железы.

Клиникорентгенологически преобладал кистозный компонент (43 %); чуть меньше (41 %) фиброзный, и аденоз молочных желез – у 16 % женщин.

Лечебный эффект отмечался в основном к концу 8-й недели приема – ослабление или исчезновение боли в молочных железах, уменьшение плотности и напряжения ткани, пальпаторно отмечался факт нормализации плотности и однородности ткани молочной железы у 26 (62 %). Все пациентки отмечали улучшение качества жизни: снижение тревоги, беспокойства, нормализация сна, улучшение настроения, исчезновение канцерофобии, нормализации менструального цикла. Объективное подтверждение положительной динамики выражалось в снижении эхоплотности ткани молочной железы при ультразвуковом исследовании, уменьшение размеров или исчезновение кист.

Для «закрепления» полученного эффекта и в случаях уменьшения интенсивности симптомов, проводилось 2 или 3 курса терапии с интервалом 4 недели. В результате этого эффективность препарата повысилась: у 32 женщин боли в молочных железах полностью исчезли, а у 10 интенсивность стала слабой или очень слабой. Через 12 месяцев от начала лечения, рецидив заболевания, но с меньшими клиническими проявлениями – был отмечен у 6 больных (14 %), причем все пациентки самостоятельно с начала клинической манифестации рецидива начали прием мастополла.

Таким образом, результаты проведенного обследования свидетельствуют о высокой эффективности гомеопатического препарата «Мастопол» в лечении диффузных форм фиброзно-кистозной болезни у женщин репродуктивного возраста. Быстрое устранение болевых ощущений и улучшение качества жизни, подтвержденные объективными методами обследования, являются показателями эффективности препарата, а его безопасность и комфортность использования позволяют рекомендовать препарат к широкому применению в амбулаторной практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бубликов И. Д., Куликов Е. П., Варенов Б. М. // Вопросы онкологии. – 2000. – Т. 46, №2. – С. 172–174.
2. Бурдина Л. М., Наумкина. Н. Т. // Пятый симпозиум: сб. Московского маммологического диспансера. – М., 2000. – С. 72–79.
3. Волков Н. А. Патология лактации и мастопатия. – Новосибирск, 1996. – 198 с.
4. Высоцкая И. В. // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2009. – № 7. – С. 44–46.
5. Лазарев А. Ф. Предопухолевые заболевания молочных желез: метод. рекомендации. – Барнаул, 1997. – 26 с.
6. Макаренко Н. П. // Русский медицинский журнал. – 1999. – Т. 7, № 10. – С. 451–454.
7. Мустафин Ч. К. // Лечащий врач. – 2011. – № 11. – С. 32–35.
8. Новик А. А., Ионова Т. И. // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. – 2007. – № 9–10. – С. 15–24.
9. Практическая маммология / Под ред. М. И. Давыдова и В. П. Летагина. – М.: Практическая медицина. – 2007. – С. 29–52.
10. Прилежная В. Н. и др. // Гинекология. – 2003. – Т. 5, № 4. – С. 20–24.
11. Прилежная В. Н., Ледина А. В. // Лечащий врач. – 2012. – № 11. – С. 1–4.
12. Прилепская В. Н., Швецова О. Б. // Гинекология. – 2000. – Т. 2. – № 6. – С. 201–204.
13. Рожкова Н. И. Рентгенодиагностика заболеваний молочной железы. – М.: Медицина, 1993.
14. Радзинский В. Е. Молочные железы и гинекологические болезни. – М., 2010. – 304 с.
15. Рожкова Е. Н. // Материалы Европейской школы по онкологии. – 1999. – С. 1–20.
16. Тагиева Г. Т. // Гинекология. – 2004. – Т. 6, № 5. – С. 228–230.
17. Чечулина О. В. // Практическая медицина. – 2012. – Т. 9 (65). – С. 288–291.
18. Клер Г. Гомеопатия. – М., 2000. – 608 с.
19. Breast pain: mastalgia is common but often manageable Mayo Clin Health lett. – 2000. – Vol. 18, № 4. – P. 6.
20. Rajatrashmi, Sarkar M. // Arc. Sci. Life. – 1999. – Vol. 19, № 1–2. – P. 52–58.
21. Cech N. B., et al. // Planta Med. – 2012. – Vol. 78, № 14. – P. 1556–1561.
22. Chang L. C., et al. // J. Nat. Prod. – 2000. – Vol. 63, № 9. – P. 1235–1238.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ СТАДИЯХ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА

К. Д. Капланов<sup>1</sup>, А. Л. Шипаева<sup>1</sup>, В. А. Васильева<sup>1</sup>, Т. Ю. Клиточенко<sup>1</sup>,  
И. В. Матвеева<sup>1</sup>, Л. С. Трегубова<sup>1</sup>, Э. Г. Гемджян<sup>2</sup>,  
О. Б. Калашиникова<sup>1</sup>, Г. Ю. Выскуб<sup>1</sup>, К. В. Демиденко<sup>1</sup>,  
О. Е. Голубева<sup>1</sup>, О. В. Левина<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер № 1»,  
отделение гематологии;

<sup>2</sup>ФГБУ «Гематологический научный центр Минздравсоцразвития России»,  
лаборатория биostatистики

Современная концепция лечения лимфомы Ходжкина предполагает распределение больных по трем прогностическим группам и выбор программы терапии в зависимости от объема опухоли, который устанавливается с учетом стадии заболевания по классификации Анн-Эрбор, наличия или отсутствия симптомов интоксикации, а также дополнительных факторов риска. К дополнительным факторам риска относят массивную опухоль, наличие либо отсутствие очагов экстранодального поражения, число зон поражения лимфатических коллекторов (3 – по критериям GHSG или

4 – по критериям EORTC), ускорение СОЭ, возраст и пол – по критериям SWOG [1].

Абсолютное большинство пациентов с ранними стадиями (I–II А стадии по Анн-Эрбор) и без каких-либо факторов риска (благоприятная прогностическая группа) могут быть излечены 2–4 циклами полихимиотерапии по схеме ABVD с последующей лучевой терапией на вовлеченные зоны в дозе 20–30 Гр [2].

Если у больного с ранними стадиями как с симптомами интоксикации, так и без них имеются только такие факторы риска, как ускорение СОЭ,