

подчеркнуть, что у пациенток, принимавших кселоду, достоверно чаще наблюдались явления стоматита и энтерита. В группе САХ стоматит II ст. развился в 28 %, в группе СМХ стоматит IV ст. зарегистрирован в 1 наблюдении. Частота энтероколита III ст. в СМХ и САХ – по 1 случаю. В контрольных группах (СМФ, FАC) явлений энтероколита не отмечено. Повышение печеночных показателей (АСТ, АЛТ) не превышало I ст. выраженности и достоверно не отличалось в исследуемых и контрольных группах. Гематологическая токсичность была представлена лейкопенией I–II ст., которая наблюдалась с одинаковой частотой в группах САХ и FАC – 44.3 и 45 % соответственно. В группе СМХ этот показатель был несколько выше, чем в СМФ, – 30 и 25 % пациенток соответственно.

Лейкопения III степени наблюдалась чаще в группе FАC (17.2 %). Миелосупрессия IV ст. (лейкотромбоцитопения) зарегистрирована в группах СМХ и САХ по 1 наблюдению. При исследовании кардиотоксичности у больных, получавших лечение по схемам с антрациклинами (САХ и FАC), включение в схему кселоды не привело к увеличению негативного влияния на сердечно-сосудистую систему.

Выводы. Анализ полученных результатов показал, что включение в схемы полихимиотерапии у больных раком молочной железы II–III стадии кселоды, являющейся аналогом длительных инфузий высоких доз 5-фторурацила, не привело к увеличению токсических реакций по сравнению со стандартными режимами СМФ и FАC.

ОККУЛЬТНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК НОВАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т.В. Кукленко, Г.Ф. Войтаник

Челябинский областной онкологический диспансер.

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования, г. Челябинск

Целью нашего исследования стало повышение эффективности лечебно-диагностической тактики ведения пациенток с оккультным раком молочной железы. На фоне увеличения общей заболеваемости раком молочной железы стали чаще встречаться случаи данной редкой патологии.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 29 историй болезни пациенток с односторонним метастатическим поражением подмышечных лимфоузлов при невыявленном первичном очаге после клинического и маммографического обследования. Все больные прошли лечение в Челябинском областном онкологическом диспансере за период с 1995 по 2005 г. Системное обследование больных не выявило первичной опухоли в других органах, и им был выставлен диагноз «оккультный» рак молочной железы $T_0N_{1-2}M_0$. Средний возраст составил 54.1 года (33–79 лет); статус N_1 был выявлен у 56.6 % и N_2 – у 43.3 % женщин. В состоянии менопаузы находились 53.3 % па-

циенток. В диагностике данной формы рака использовались все доступные неинвазивные и инвазивные методы.

Результаты. Лечение оккультного рака молочной железы (РМЖ) было комплексным в 73.3 % случаев, в 16.6 % случаев – хирургическим и в 10 % – комбинированным. Изучение макроскопических препаратов у пациенток с оккультным раком молочной железы показало, что размер первичного очага, найденного в молочной железе, варьировал в пределах от 0.2 до 1.5 см (в среднем 0.7–0.8 см). Размер подмышечных метастазов колебался в пределах от 0.7 до 4.0 см (в среднем 2.0–3.0 см). Объем первичного очага в соотношении к метастазам в подмышечных лимфоузлах составил в среднем 1:3. В 76.6 % случаев гистологической формой опухоли являлся инфильтрирующий протоковый рак. Встречались также инфильтрирующий дольковый и медуллярный раки. Степень злокачественности опухоли оценивалась по модифицированной схеме P. Scarff, H. Bloom.

W. Richardson (2003) и была определена в первичном очаге у 2 пациенток как низкая (G1), у 12 – как умеренная (G2) и у 6 – как высокая (G3). При морфологическом исследовании в первичных очагах выявлялось мало стромы, практически отсутствовали некрозы, но при этом отмечалась высокая митотическая активность в очаге, а именно: у 6 пациенток менее 10 митозов в 10 полях зрения (1 балл), у 9 – более 10, но менее 20 митозов в 10 полях зрения (2 балла) и у 5 – более 20 митозов в 10 полях (3 балла). Выраженность лимфоидного инфильтрата вокруг очага была слабой у 5 пациенток, умеренной – у 5 и массивной – у 10. Опухолевые эмболы были выявлены в 11 случаях. В 51,7 % пораженных метастазами подмышечных лимфоузлов опухоль инфильтрировала и прорастала их капсулу (15 пациенток), в 31 % случаев опухоль только инфильтрировала капсулу (9 пациенток). В 16 случаях (55 %) были выявлены раковые эмболы в капиллярах и лимфатических сосудах подмышечной жировой клетчатки. Степень злокачественности в метастазах нарастала по сравнению с первичным очагом и

была высокой (G3) у 24 пациенток (82,7 %), а умеренной (G2) – у 5 (17,3 %). Морфологически в метастазах почти отсутствовали тубулярные и протоковоподобные структуры, преобладал солидный тип строения, нарастал клеточный полиморфизм, увеличивалось количество митозов: 10–20 митозов в 10 полях зрения отмечалось у 12 пациенток (41,4 %); более 20 митозов в 10 полях зрения – у 17 (58,6 %). Все это является свидетельством опухолевой прогрессии. Было отмечено, что метастазы в подмышечных лимфоузлах значительно менее подверглись терапевтическому воздействию в случаях, где проводилась неоадъювантная лучевая или химиотерапия. В них было зафиксировано большое количество митозов, что говорит об отсутствии явлений лечебного патоморфоза и устойчивости к данным видам лечения.

Выводы. Все это позволяет предположить, что данная редкая клиническая форма РМЖ является одновременно и особой биологической формой рака, требующей дальнейшего изучения для оптимизации лечебно-диагностической тактики при оккультном раке молочной железы.

ВОЗМОЖНОСТИ ХРОНОМОДУЛИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ РАКА (КРАТКИЙ ОБЗОР ХОДА ИССЛЕДОВАНИЙ И СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ)

О.В. Квирченкова, К.В. Потемина

Челябинский областной онкологический диспансер

Необходимость оптимизации схем хронотерапии требует определения основных положений, принципов и концепций в основе подхода к их разработке. По этому вопросу происходит быстрый рост количества публикаций, накопление фактических данных и их теоретическое осмысление. Современная хронобиология изучает комплексную временную организацию функций организма. Для решения такой задачи требуется обеспечить создание адекватных баз данных, поскольку непродолжительность периода обследования и большие интервалы между измерениями лишают исследователя возможности получить реальные представления о

«динамическом портрете» биологических функций. Характеристика хронобиологической базы данных в основном основывается на двух критериях: длительности обследования и интервале между измерениями. Эти критерии предложено объединить термином «хронолизайн исследования» (Агаджанян Н.А., Губин Д.Г., 2004). В зависимости от реактивных особенностей показателя требования к хронолизайну могут быть различны. Любой истинный ритм, как правило, складывается из двух компонентов:

1) эндогенного, связанного с внутренним, генетически закрепленным свойством клеток и органов проявлять ритмичные колебания показателей своей жизнедеятельности.