

хирургическом лечении без расширенной ЛД (42,9 %). При комбинированном лечении без лимфодиссекции 3-летние результаты занимают промежуточное значение (58,3 %).

Выводы. Таким образом, комбинация предоперационной лучевой терапии с расширенной лимфодиссекцией улучшает трехлетнюю выживаемость больных раком желудка.

ОСОБЕННОСТИ ТОКСИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ КСЕЛОДЫ В СРАВНЕНИИ СО СТАНДАРТНЫМИ РЕЖИМАМИ CMF И FAC

Н.А. Красулина, А.В. Дорошенко, Ю.Л. Кокорина, Е.Ю. Гарбуков

ГУ «НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН», г. Томск

Актуальность. Полихимиотерапия является неотъемлемой частью комбинированного лечения рака молочной железы (РМЖ). Используются различные режимы и схемы на основе антрациклинов, таксанов, гемзара и т.д. При выборе схемы, наряду с оценкой возможной эффективности, важным аспектом является определение токсичности проводимого цитостатического лечения. В последние годы в лекарственной терапии РМЖ достаточно успешно применяется препарат из ряда фторпиримидинов – кселода. В отделении общей онкологии в 2003 г. разработаны и апробированы схемы неоадьювантной полихимиотерапии с включением кселоды: CMX (циклофосфан, метотрексат, кселода) и САХ (циклофосфан, адриамицин, кселода). Показана достаточно высокая непосредственная эффективность этих режимов у больных раком молочной железы II–III стадии (46–56 %). Это определяет актуальность анализа токсичности и переносимости изучаемых схем.

Цель исследования. Изучение профиля токсичности и переносимости схем неоадьювантной химиотерапии с включением кселоды (CMXeloda, CAХeloda) в сравнении со стандартными схемами CMF и FAC.

Материал и методы. В исследование включено 169 больных операбельным раком молочной железы T₁₋₄N₀₋₃M0, в возрасте от 29 до 68 лет. Лечение по схеме CMX получили 34 пациентки, по САХ – 35, по CMF – 50, по FAC – 50 больных. Всего проведено 166 курсов НАХТ с включением кселоды, из них по

CMX – 79, по САХ – 87, FAC – 156, CMF – 100 пациенток. Сравнимые группы были сопоставимы по основным клиническим признакам. Программа лечения включала 2–4 курса НАХТ по одной из схем, радикальную операцию и адьювантную химиотерапию (4–6 курсов по схеме FAC). Лучевая и антиэстрогенная терапия – по показаниям. Состояние пациенток всех групп перед началом лечения оценивалось по шкале Карновского, ECOG-ВОЗ и соответствовало 90–100 % и 0–1 соответственно. Токсичность проводимой химиотерапии – в соответствии с критериям CTC-NCIC. Перед началом лечения у каждой больной проводился контроль показателей периферической крови, ЭКГ, биохимического анализа. Все исследуемые параметры были в пределах нормы, состояние хронической патологии – вне обострения.

Результаты. Основными проявлениями токсичности при проведении химиотерапии различными схемами были осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта. Так, тошнота/рвота I–II ст. в группе САХ зарегистрирована в 65 % наблюдений, аналогичные показатели были и у больных, пролеченных по схеме FAC – 62,5 %. В группе CMX доля этих осложнений составила 58 %, что несколько превышало показатели у пациенток из группы CMF – 50 %. Рвота III ст. была отмечена в 5 % случаев только у больных, получавших лечение по схеме FAC. Обратили на себя внимание случаи обострения язвенной болезни желудка – 12 % в группе САХ и в 10 % в группе FAC. Следует особо

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, FAC) 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 медулярный раки. Степень злокачественности опухоли оценивалась по модифицированной схеме P. Scarff, H. Bloom,