

Хасанов Ш.Р.,
Алиева Д.Р.,
Азизова М.

ОСОБЕННОСТИ ОТДАЛЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Самаркандский медицинский институт (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

Распространение рака может осуществляться путем непрерывного роста по сосудам и межтканевым щелям и путем переноса отторгающихся опухолевых клеток током лимфы и крови, то есть метастазирования. Отток лимфы от молочной железы и лимфогенное метастазирование рака может происходить в различных направлениях.

Основным является подмышечный путь, по которому в норме опекает от молочной железы более 90% лимфы. Другие пути лимфооттока несут меньшую нагрузку, к ним относятся надключичный, парастеральный, медиастиальный (или позадигрудный) межреберный, перекрестный по подкожному и кожным лимфатическим сосудам к контрлатеральным подмышечным и надключичным лимфатическим узлам, дополнительный путь Герота через лимфатическую сеть подложечной области в брюшную полость и по лимфатическим сосудам брюшной стенки к паховым и забрюшинным лимфатическим узлам, а также в брюшную полость и яичники.

Гематогенное метастазирование рака молочной железы характеризуется многообразием поражения отдаленных органов и тканей, легких, костей, печени, яичников, кожи и др. Метастазы рака в легкие бывают в виде одиночных или множественных теней от 0,5 до 2 см в диаметре при рентгенологическом исследовании или мелкоочаговой диссеминации при раковом лимфангите или в виде пневмониеподобной формы. Плевральные формы метастазов сопровождаются плевральным выпотом. Частота легочных метастазов при первичном обследовании больных колеблется, по данным разных авторов, от 0,7 до 3%, а на аутопсии от 45 до 71%.

Метастатическое поражение костей при раке молочной железы выявляется при первичном лечении больных в 1,3-6%, а на аутопсии в 44-70% наблюдений. Различают три основные формы костных метастазов: остеолитическую (76%), остеобластическую (5%) и смешанную (до 20%).

Метастазирование рака молочной железы в печень происходит гематогенным и лимфогенным путем. Частота метастазов рака в печень, выявленных скенированием до радикального лечения составило около 1,3%, а на аутопсии от 35 до 67%.

Однако у наших больных до конца не изучены особенности отдаленного метастазирования рака молочной железы в связи с этим выбранная нами тема является актуальной. Целью нашего исследования было оценить характер и сроки появления отдаленных метастазов рака молочной железы. В исследовании приняли участие 40 больных пролечившихся в Самаркандском Областном Онкологическом Диспансере с 2011 по 2013 гг. Исходным материалом

послужило данные истории болезней и амбулаторные карты больных. Из 40 (100%) обследованных больных у 6 (15%) обнаружены отдаленные метастазы РМЖ. Из них у 1 (17%) больной с диагнозом: Рак левой молочной железы. Узловая форма. Т3N1M1. Состояние после комбинированного лечения. Метастаз в правую надключичную область. У 1 (17%) с диагнозом: Рак левой молочной железы. Т4N1M1 Состояние после 4 курса ПХТ. Метастазы в подключичные области с обеих сторон. У 1 (17%) больной с диагнозом: Рак правой молочной железы. Узловая форма. Т2N2M1. Метастазы в правую над- и подключичные лимфатические узлы, подкожную область грудной клетки справа. Состояние после комплексного лечения. У 2 (33%) больных метастазы в печень. У 1 (17%) больной метастаз в поясничные позвонки V4-V5.

Резюме. Представлено клиническое наблюдение больной состоявшей на учете в СООД с 2002 по 2013гг. Нами наблюдается больная с раком молочной железы узловой формы, у которой была осуществлена радикальная мастэктомия правой молочной железы по Маддену.

Больная А. Е., 47 лет (медицинская карта № 2496/7655) поступила в отделение химиотерапии Самаркандского областного онкологического диспансера 03.05.2013 г. с жалобами на наличие опухолевидного образования в правой под- и надключичной области.

Анамнез заболевания. В марте 2003 г. по поводу рака молочной железы произведена Радикальная мастэктомия справа по Маддену. Гистология: №7096\7100 инфильтрирующая карцинома. После чего больная получила 3 курса 11ХТ (CMF) и лучевую терапию СОД=40 Гр. В сентябре 2003 года больная обратилась с жалобами на образование в правой надключичной области, после чего был поставлен диагноз «mts РМЖ» и получила 3 курса ПХТ (CMF), после чего опухоль рассосалась. В 2004 году на грудной клетке спереди справа под кожей было обнаружено образование разме

ром 2,0 x 3,0 см и было произведено оперативное иссечение подкожного образования. Гистология: №666 mts низкодифференцированный рак. В 2005 году в октябре повторно получила ПХТ 1 курс последующую гормональную терапию; в 2007-2008 гг получала профилактические ПХТ.

Протокол рентгенологического обследования органов грудной клетки (03.05.13 г.). Легкие без патологических теней. Синусы свободны, диафрагма на уровне V ребра; корни структурированные. Сердце обычной конфигурации, камеры не увеличены, дуги выражены. Аорта - без особенностей.

УЗИ обследовании: гепатоз. Загиб тела матки. Киста правого яичника.

Местный статус. Шея симметрична. Под и над ключичной области имеются увеличенные лимфоузлы спаянные между собой размером 3,0 x 4,0 см, твердой консистенции, с неровными контурами, неподвижные, безболезненные при пальпации. Кожа над образованием не измененная.

Диагноз. Рак правой молочной железы. T2N2M1. Метастазы под кожу грудной клетки справа, в правую под- и надключичные лимфатические узлы. Состояние после комплексного лечения.

Сопутствующий диагноз. Фиброаденома левой молочной железы. Эрозия шейки матки. Киста правого яичника.

В настоящее время после консилиума врачей было решено провести очередную химиотерапию.

Описанный случай подтверждает мнение о непрогнозируемости отдаленного метастазирования РМЖ и оправдывает тактику оперативного лечения по отношению к одиночному позднему отдаленному М (иссечение подкожного метастатического образования/ Наблюдаемое метастазирование в дерму и жировую клетчатку позволяет предположить факт эмболизации мелких лимфатических или кровеносных сосудов раковыми комплексами, их фиксации на стенке сосуда и распространения на прилежащие ткани.

Литература

1. М.И. Давыдов. Энциклопедия клинической онкологии. М, 2004.
2. Ханц Фениш. Карманный атлас анатомии человека на основе PNA. Минск: Высшая школа, 1996.
3. Бохман Я.В. Первично-множественные злокачественные опухоли.

Нуралиева Р.М.,
Тураев Х.Н.,
Шакиров Б.М.,
Ибрагимова Э.Ф.,
Арсланова Р.Р.,
Ашурова М.С.

ЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТА НИРМИН 5 С В КОРРЕКЦИИ АМИНО-КИСЛОТНОГО БАЛАНСА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Самаркандский филиал (директор - проф. Ахмедов Ю.М.) РНЦЭМ11, Самаркандский медицинский институт (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

Для тяжелой ожоговой травмы характерно состояние гиперметаболизма - гиперкатаболизма, которые развиваются в рамках синдрома системного воспалительного ответа, проявляющегося в быстром распаде белков скелетных мышц, нарастании энергозатрат, которые приводят к раннему истощению, иммунодефициту, тяжелым инфекционным осложнениям.

Нарушения белкового обмена проявляется в снижении уровня общего белка в плазме крови, которое отмечается уже в первые часы после получения ожоговой травмы. Механизм развивающегося дефицита белка имеет сложный генез, обусловленный: острой потерей белка вследствие разрушения белковых структур в зоне ожога (кожа, подкожная клетчатка, иногда и мышцы); потерей белка с поверхности ожоговой раны за счет экссудата, когда с 1% площади раны экскретируется от 0,2 до 1 г азота, а общие потери этим путем могут достигать 50 г азота в сутки; повышенным распадом белка различных тканей вне зоны ожога, в основном белков скелетной мускулатуры, в связи

с энергетическим дефицитом и активацией протеолитических ферментов; с понижением образующей белки функции печени. В результате усиления процессов катаболизма возрастает экскреция азота с мочой, в 1,5-2 раза превышая нормальные показатели. Поэтому