

ным. Довольно велика и доля ложно отрицательных заключений, что требует выполнения ненужных биопсий доброкачественных образований.

Кроме того, нами была выявлена следующая интересная закономерность, согласно которой размеры злокачественного образования, определенные при УЗИ, всегда оказывались меньше определявшихся во время оперативного вмешательства (на 20-30%).

#### Выводы

1. Скрининговое обследование больных ФКБ при высокой рентгеновской плотности паренхимы МЖ целесообразно дополнять УЗИ, поскольку это способствует ранней диагностике РМЖ у них. В то же время такие исследования, выполняемые в большом количестве, достаточно затратны.

2. УЗИ малоинформативно при жировой плотности паренхимы МЖ, что позволяет использовать его в данной ситуации только с целью дифференциальной диагностики образований, выявленных другими методами, а отрицательный результат должен соотноситься с данными других исследований.

3. В большинстве случаев УЗИ не позволяет выявить преинвазивные карциномы даже при выраженном фиброзе МЖ.

4. УЗИ не позволяет достоверно оценить состояние регионарных лимфатических узлов.

5. УЗИ занижает истинные размеры злокачественного образования, что необходимо иметь в виду, например, при планировании органосохраняющего лечения.

6. При планировании агрессивного лечения необходима гистологическая верификация злокачественности процесса.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Heywang-Kobrunner S. H., Dershaw D. D., Schreer I. Screening. // *Diagnostic Breast Imaging*. 2<sup>nd</sup> ed. — Stuttgart. — N. Y.: Thieme, 2001. — P. 388-395.
2. Birdwell R. L. BIRADS. // *Pocket Radiologist. Breast: top 100 diagnoses*. — W. B. Saunders Co., 2003. — P. 3-14.
3. Shapiro S. Periodic Screening for Breast Cancer: The HIP Randomized Controlled trial. // *Monogr. Natl. Cancer Inst.* — 1997. — Vol. 22. — P. 27-30.
4. Fisher B. Malignancies of the Breast. // *Practical Oncology*. / R. B. Cameron (ed.). — Norwalk: Appleton&Lange, 1994. — P. 417-434.
5. Heywang-Kobrunner S. H., Dershaw D. D., Schreer I. Sonography. // *Diagnostic Breast Imaging*. 2<sup>nd</sup> ed. — Stuttgart. — N. Y.: Thieme, 2001. — P. 87-102.

## Комплексная диагностика метастазов рака молочной железы в легкие

И. И. АНДРЕЯШКИНА, В. Н. ПЛОХОВ,  
НУЗ «Дорожная клиническая больница», г. Саратов

Широкое внедрение комплексных методов лечения онкологических заболеваний способствует улучшению показателей выживаемости при различных локализациях злокачественных новообразований. Одним из факторов, резко ухудшающих прогноз после проведенного лечения, служит появление отдаленных метастазов [1, 4]. Совершенствование лекарственного лечения не сопровождается снижением смертности в популяции от этой патологии. Средняя продолжительность жизни пациенток с момента выявления метастазов по-прежнему не превышает 3 лет, при этом более 5 лет живут 25-30%, более 10 лет — 10% больных. Концепция неизлечимости диссеминированного рака молочной железы в настоящее время определяет выбор тактики лечения этого заболевания, основной целью которого являются максимальное продление жизни больной и облегчение симптомов болезни. Вопросы прогноза и планирования тактики при метастазах рака молочной железы в легкие и плевру посвящено большое количество работ. На сегодняшний день мы значительно продвинулись в понимании факторов, оказывающих влияние на прогноз и выбор плана лечения при диссеминированном раке молочной железы, что является результатом деятельности специалистов самых разных медицинских специальностей. Однако многие вопросы планирования лечения и прогноза при диссеминированном раке молочной железы остаются нерешенными и по сей день [2, 3].

Нами изучены результаты лечения 230 больных раком молочной железы с легочными метастазами за период с 1994 по 2004 гг. Средний возраст больных при различной распространенности метастатического процесса в легком был различным. Так, средний возраст больных составил 56,3 г, у больных с солитарными метастазами — 57,6 г, у больных с множественными метастазами — 49,2 г. Основными жалобами были: боли в грудной клетке — 18,3%, общая слабость — 21,7%, одышка — 11,3%, кашель сухой или с небольшим количеством мокроты — 10,0%. Из 230

больных в 29,2% наблюдениях жалобы отсутствовали, изменения в легком были обнаружены только при рентгенологическом исследовании. В 64,0% наблюдалось сочетание симптомов, наиболее часто с общей слабостью, что встречалось при множественных очагах в легких и при сочетании с метастатическим плевритом. В большинстве случаев метастазы локализуются в периферических отделах легких, что создает трудности дифференциальной диагностики. Поскольку клинические проявления солитарных метастазов скудны, их диагностируют при рентгенологическом исследовании. Всем больным была проведена комплексная диагностика: у 230 пациенток рентгенография в двух стандартных проекциях, у 136 пациенток продольная томография, у 105 пациенток — компьютерная томография, у 14 пациенток — фиброbronхоскопия и у 26 пациенток — трансторакальная биопсия.

Диагностика метастазов в легких и плевре достигалась рациональным сочетанием лучевых и эндоскопических методик исследования. Исследование органов грудной полости начинали с обзорной рентгенографии в двух стандартных проекциях (прямой и боковой) всем больным для уточнения локализации и протяженности патологического процесса, взаимодействия с корнем легкого и средостением. По рентгенограмме проводился и расчет уровня томографических срезов. Использование томографии в прямой и боковой проекции позволило уточнить синтопию, объемное изображение объекта, а также выяснить состояние элементов корня легкого. Важное место в ранней диагностике и уточнении характера метастатического поражения легких принадлежит компьютерной томографии, которую осуществляли с помощью стандартного компьютерного томографа Somatom CR фирмы Siemens. С помощью компьютерной томографии у некоторых больных удалось обнаружить мелкие метастатические очаги до 1,0 см в диаметре в «немых» зонах легкого (за грудиноключичным сочленением, за 1 ребром, около сердца, в заднем

диафрагмальном синусе). Компьютерная томография является методом выбора при установлении поражения внутригрудных лимфоузлов.

При солитарном метастазе рака молочной железы в легкие и плевру форма тени опухоли была неправильной (49%), контуры тени большей частью были нечеткие (51,4%), однако такие признаки, как «дорожка» к корню легкого и увеличение внутригрудных лимфатических узлов встречались относительно редко (1,6% и 2%). В большинстве случаев на основании комплекса рентгенологических симптомов можно с достаточной определенностью предположить характер солитарной тени в легком. Однако, при раке молочной железы солитарные метастазы в легкие отмечались у 59 (25,6%) больных, тогда как чаще встречалось множественное поражение легкого — у 142 (61,8%) больных. Морфологическое подтверждение диагноза метастаза в легких проведено у 95 пациенток — при исследовании мокроты у 10 пациенток, при фибробронхоскопии у 14 больных, в 26 наблюдениях при трансторакальной пункции под рентгенологическим контролем, а у большинства больных (45) при исследовании плевральной жидкости.

В зависимости от цитологической картины метастазы в легких распределились следующим образом: метастазы аденокарциномы в 62,5% наблюдений, метастазы железистого рака у 20,5% пациенток, клетки злокачественной опухоли у 17% больных.

Таким образом, при наличии солитарных и единичных метастазов в легких клинические проявления отсутствовали, что наблюдалось в 29,2% случаев. При множественном метастатическом поражении легких наиболее часто (64% наблюдений) отмечалось сочетание клинических симптомов, наиболее часто с общей слабостью. При морфологическом исследовании метастазов в 83% наблюдениях заключение было информативно и позволило подтвердить диссеминацию рака молочной железы. Оценка клиникой и морфологической картин легочных метастазов являются обязательными при комплексной диагностике метастазов рака молочной железы в легкие.

При оценке рентгенологической картины метастазов рака молочной железы у 230 пациенток были получены следующие данные: у большинства больных (61,8%) образования носили

множественный характер, единичные образования встречались у 29 (12,6%) пациенток, и солитарные метастазы отмечались у 59 (25,6%) пациенток. Образования в легком чаще носили двусторонний характер (71,3%), в левом легком встречались у 40 (17,4%) пациентов, в правом легком — у 26 (11,3%) пациентов.

При анализе рентгенологической картины солитарных метастазов в отличие от первичного рака легкого чаще наблюдалась неправильная форма тени опухоли (49%), нечеткие контуры тени (51,4%), редкая частота таких признаков как: «дорожка» к корню легкого и увеличение внутригрудных лимфатических узлов (1,6% и 2%). Положительный онкологический анамнез при солитарном узле в легком облегчает установление предположительного диагноза, но при этом нужно помнить об увеличивающейся частоте развития первично-множественных синхронных и метасинхронных опухолей с поражением легкого и других органов. Совокупность таких рентгенологических признаков как множественный характер поражения, редкое выявление ракового лимфангита, частого вовлечения плевры с наличием экссудата позволяет лишь предварительно предположить локализацию первичной опухоли в молочной железе. Только комплексные методы диагностики с достаточной определенностью позволяют оценивать характер изменения в легких и плевре. Чувствительность рентгенологического метода диагностики при выявлении вторичного изменения в легком составляет 57,2%, специфичность — 58,5%, точность — 53,3%.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Запиров Г. М. Лучевая диагностика и лечение солитарных метастазов в легких. // Диссертация канд. мед. наук. — М., — 2001.
2. Харченко В. П., Гуревич Л. А., Коробкина Е. С. Диагностика метастатических поражений легких. // Тез. докл. в сб. научно-практической конф. «Лучевая диагностика на рубеже столетий». — СПб. — 1999. — С. 115.
3. Харченко В. П., Гуревич Л. А., Коробкина Е. С. Вопросы диагностики и лечебной тактики при солитарных метастазах в легких. // Тез. докл. в сб. науч.-практ. конференции «Актуальные проблемы диагностики и лечения рака легкого». — Архангельск. — 1999. — С. 50.
4. Fisher B., Wolmark N. Limited surgical management for breast cancer. World J. Surg. — 1985.

## Состояние гормонального статуса больных раком молочной железы при генерализации заболевания

М. Р. ГИЛЬМУТДИНОВА, И. Г. ГАТАУЛЛИН, С. В. ПЕТРОВ, Г. А. УСМАНОВА, И. Г. КОБЗЕВА.  
Клинический онкологический диспансер Республики Татарстан, г. Казань

Проблема рака молочной железы актуальна для современной онкологии, что связано с выраженным ростом заболеваемости женщин этой патологией и поиском новых путей лечения, в частности, широким внедрением экономных оперативных вмешательств, новых противоопухолевых и гормональных препаратов. Рак молочной железы является гормонозависимой опухолью, в патогенезе возникновения которой большое значение имеет состояние гормонального фона. Вследствие чего, важно изучение гормонального статуса больных с этой патологией.

Молочная железа относится к органам репродуктивной системы и, являясь органом-мишенью для многих гормонов, чувствительна к изменению эндокринного баланса организма. В зависимости от характера гормональных сдвигов структура молочной железы изменяется в течение всей жизни.

В литературе имеются данные о корреляции между активностью опухолевого процесса и концентрацией пролактина и эстрадиола. Подобной зависимости между активностью процесса и уровнем гонадотропинов не отмечено, хотя при неблагоприятном прогнозе отмечается изменение концентрации ФСГ, ЛГ.

Целью настоящего исследования явилось изучение связи между содержанием половых гормонов в крови и наличием отдаленных метастазов рака молочной железы.

Материалы и методы. Нами проанализированы сведения о 112 больных раком молочной железы стадии T1-4 N0-3 M1 в возрасте от 32 до 89 лет.

Гормональный профиль у 92 женщин был исследован до оперативного вмешательства, а у 20 женщин при выявлении отдаленных метастазов, то есть при прогрессировании рака, и включал