

в каждом отдельном случае не более чем приближен [1]. Поэтому необходима разработка интегральных клинико-морфологических критериев ДЗМЖ как для классификации этих заболеваний, так и для изучения их связи с РМЖ. Следует также учитывать, что развитие РМЖ определяется не только местными, локальными предопухолевыми изменениями в клетках и тканях молочной железы, но и общим состоянием организма, наличием в нем определенных гормонально-метаболических и иммунологических отклонений. Поэтому организменные и системные факторы также следует учитывать при изучении связи ДЗМЖ и РМЖ.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Предраковые состояния / Под ред. Р. Л. Картера. — М., 1987. — С. 14—18.

© Коллектив авторов, 1996
УДК 618-19-006.6

З. О. Зауташивили, В. П. Лetyagin, Е. Б. Полевая,
И. В. Высоцкая, М. В. Шомова, М. С. Ратиани,
Д. М. Гиоргадзе

К ВОПРОСУ О МУЛЬТИЦЕНТРИЧЕСКОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

НИИ клинической онкологии

Мультицентрический рак молочной железы — вариант проявления данного заболевания в виде двух опухолей или более в одном органе. По данным различных авторов, частота его проявления составляет 3,7—73%. Существует различная трактовка понятия мультицентричности с морфологических позиций. Отсутствуют четкие клинические критерии стадийности опухолевого процесса. До настоящего времени наиболее достоверным методом диагностики является морфологическое исследование серийных срезов удаленной молочной железы. Только в последнее десятилетие появились научные труды, посвященные возможностям маммографии в дооперационном распознавании данной патологии. Актуальность выявления множественных очагов рака до операции определяется новыми подходами к хирургическому лечению, в частности внедрением в онкологическую практику органосохраняющих операций. Не определены также факторы, влияющие на прогноз заболевания, знание которых необходимо для объективного выбора адекватного метода лечения при данной патологии.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты ретроспективного анализа 180 историй болезни и 77 собственных наблюдений (всего 257) с морфологически верифицированным мультицентрическим раком молочной железы. Частота выявления данной патологии составила 7,7%. Возраст больных колебался от 25 до 75 лет. Существующая в настоящее время Международная классификация рака молочной железы не учитывает размер пораженного органа, однако невозможно представить распространение опухолевого процесса идентичным в молочных железах маленького и большого объема при узловых образованиях одинаковой величины. При мультицентрическом раке наличие вторых опухолей не влияет на опре-

2. Black M., Barday T., Cutter S. et al. // Cancer. — 1972. — Vol. 29. — P. 338—345.
3. Enmoto K., Fujiwara K., Masamura S. et al. // Nippon Geka Zasshi. — 1989. — Vol. 90, N 9. — P. 1403—1405.
4. Fisher E., Panison J. // Early diagnosis of breast cancer. — 1979. — Vol. 1. — P. 65—80.
5. Haagensen C., Boliann C., Haagensen D. Breast Carcinoma: Risk and Detection. — Philadelphia, 1981. — P. 55—57.
6. Moskowitz M., Gartside P., Wirman J., McLaughlin C. // Radiology. — 1980. — Vol. 134, N 2. — P. 289—291.
7. Ricci M., Santini D., Taffurelli M. et al. // G. chir. — 1985. — Vol. 6, N 5. — P. 457—459.
8. Winston W., Norman B. Acritique of the methodology of studies of benign breast diseases and breast cancer risk. JNCI, 1986. — Vol. 77, N 2. — P. 397—404.

Поступила 05.08.95 / Submitted 05.08.95

Z. O. Zautashvili, V. P. Letyagin, E. B. Poleyaya,
I. V. Vysotskaya, M. V. Shomova, M. S. Ratiani,
D. M. Giorgadze

TO THE PROBLEM OF MULTICENTRIC BREAST CANCER

Research Institute of Clinical Oncology

Multicentric breast cancer is development of two or more tumors in the same site. According to different authors its frequency ranges from 3.7 to 73%. There are different interpretations of the multicentricity from the morphological standpoint and there is no clear clinical staging of the disease. Morphological study of serial sections from the dissected breast is the most reliable diagnostic method so far. First reports on mammography as a means of preoperative detection of this pathology were published over the last decade. Preoperative discovery of multiple cancer foci is of great significance for breast conserving surgery. No prognostic factors are known so far though the determination of these factors is necessary for objective choice of adequate treatment.

Materials and Methods. Our study was based on retrospective analysis of 180 histories and treatment of 77 cases (total 257) with morphologically verified multicentric breast cancer. Frequency of this pathology was 7.7%. The patients' age varied from 25 to 75 years. The now existing international breast cancer classification does not take into account breast size, though disease advance can hardly be assessed identically in a small and a big breasts even if the lumps are of the same size. The presence of a second tumor in multicentric breast cancer does not influence the T parameter even if its diameter is only one millimeter smaller. A tumor may occupy a considerable part of a small breast. Besides, if the breast is small the tumor is closer to regional lymph collectors and is thus involved in intensive lymph drain which leads to acceleration of metastasis development. We proposed a mathematical model of breast cancer advance evaluation with respect to relationship of the lump volumes total and the breast volume which allowed objective staging of multicentric breast cancer [1].

Volumes of the breast (hemisphere) and the tumor (sphere) were

деление категории Т, если даже их диаметр меньше всего лишь на миллиметр. В маленькой молочной железе объемное образование занимает значительную часть органа, в случаях опухолей небольшого размера, кроме того, опухоль приближается к регионарным лимфатическим коллекторам и попадает в более интенсивную зону их дренирующего влияния, вследствие чего не исключается ускорение процесса метастазирования. С целью объективизации критериев стадийности при мультицентрическом раке молочной железы нами создана «математическая модель» распространенности опухолевого процесса по соотношению суммы объемов узловых образований и объема молочной железы [1].

Объем молочной железы (полусфера) и опухоли (сфера) определяли по общеизвестным математическим формулам, показатель соотношения параметров при упрощении пропорции имеет следующее выражение:

$$K = \frac{(d_1^3 + d_2^3 + d_3^3 + \dots)}{D^3} \cdot 100\%,$$

где К — условно нами названный индекс соотношения объемов опухолей и молочной железы, d_1^3 , d_2^3 , d_3^3 — диаметры опухолей, D — диаметр основания молочной железы.

Результаты и обсуждение. В подавляющем большинстве случаев выявлено наличие 2 опухолей в одной молочной железе, редко встречались больные с 3 и тем более с 5 и 7 опухолями. Всего на нашем материале таких случаев было 230. У остальных больных отмечено сочетание солитарного инфильтративного рака с множественными очагами неинвазивной карциномы — 27 случаев (табл. 1).

Чаще всего опухоли локализовались в одном квадранте — верхненаружном, что характерно и для обычного солитарного рака молочной железы. Привлек наш клинический интерес вариант расположения опухолей в квадрантах, дренируемых разными лимфатическим коллекторами, тут мы предположили расширение диапозона метастазирования.

Анализ проблемы метастазирования при мультицентрическом раке молочной железы приводит к заключению о неверности определения распространенности процесса по наибольшей опухоли, не подразумевая наличия других узлов рака в органе, способных давать метастазы с такой же вероятностью, как и вышеупомянутые. Поэтому в результате статистического анализа оказалось, что частота метастазирования высока даже при значении T1, тогда как при вычислении индексов К было получено равномерное увеличение данных показателей (табл. 2).

С целью уточнения истинного характера гормонозависимости при мультицентрическом раке молочной железы мы определяли содержание рецепторов стероидных гормонов во всех наблюдавшихся опухолях [2, 3].

Исследование проводили у 27 больных с IIб и IIIб стадией заболевания, нуждавшихся в адъювантной эндокринотерапии. В результате анализа выявлено принципиально разное состояние рецепторного статуса в 17 (63%) случаях, т. е. одна опухоль была рецепторположительной, другая — рецепторотрицательной. Данная информация послужила основанием для правильного выбора эндокринного лечения этих больных.

Мы предположили, что ухудшение прогноза заболевания при мультицентрическом раке молочной железы связано с расположением опухолей в разных по принадлежности к регионарным лимфатическим кол-

Таблица 1

Table 1

Распределение больных по количеству опухолей в молочной железе
Case distribution with respect to the number of tumors in the breast

Количество опухолей	Число больных	
	абс.	%
2	167	72,6
3	47	20,4
4	12	5,2
5	1	0,4
7	1	0,4
No. of tumors	No.	%
	Cases	

determined by well-known mathematical formulae. The simplified relationship of the parameters is

$$K = \frac{(d_1^3 + d_2^3 + d_3^3 + \dots)}{D^3} \cdot 100\%,$$

where K is the relationship of tumor and breast volumes; d_1^3 , d_2^3 , d_3^3 , ... are the tumor diameters; D is the breast base diameter.

Results and Discussion. Most cases had 2 tumors in one breast, cases with 3 or more tumors were much less frequent. There were a total of 230 such cases. The rest of the patients had solitary infiltrative cancer with multiple foci of non-invasive carcinoma (27 cases) (table 1).

Most tumors were detected in the upper external quadrant which is characteristic of solitary breast cancer. Of much clinical interest was tumor location in quadrants drained by different lymph collectors which supposedly led to increased metastasis development.

Analysis of metastasis development in multicentric breast cancer suggests that assessment of disease advance by the largest tumor only is not correct, because other cancer foci may metastasize at the same frequency as the largest tumor. Statistical analysis showed that me-

Таблица 2

Table 2

Метастазирование в регионарные лимфоузлы
Regional lymph node metastasis

Распространенность по наибольшей опухоли Staging by the largest tumor	Частота, % Percentage
T1	45
T2	65,4
T3	85,7
Распространенность по индексу К Staging by the K index	Частота, %
K1	0
K2	37,5
K3	86,7

лекторам квадрантах. Для подтверждения данной гипотезы были проанализированы показатели 5- и 10-летней выживаемости. При локализации опухолей в одном квадранте 5-летняя выживаемость составила $83,9 \pm 6,2\%$, 10-летняя — $78,2 \pm 8,1\%$, при локализации опухолей в разных квадрантах — $57,9 \pm 6,9$ и $39,1 \pm 9,0\%$ соответственно. Расположение опухолей в принципиально разных квадрантах действительно ухудшает прогноз заболевания.

Таким образом, внесение предложенных нами новшеств в сферу знаний о мультицентрическом раке молочной железы может расширить возможности лечения и прогнозирования данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Заутаишвили З. О., Летагин В. П. Способ выбора лечения рака молочной железы. А. с. на изобретение № 1561240. Гос. комитет по изобретениям и открытиям, 1988.
2. Заутаишвили З. О., Летагин В. П. Способ определения чувствительности к эндокринному лечению. А. с. на изобретение № 1607571. Гос. комитет по изобретениям и открытиям, 1990.
3. Заутаишвили З. О., Летагин В. П. Способ прогнозирования выживаемости при мультицентрическом раке молочной железы. А. с. на изобретение № 1693741. Гос. комитет по изобретениям и открытиям, 1989.

Поступила 19.10.95. / Submitted 19.10.95

© Коллектив авторов, 1996
УДК 616.3-072.1:681.32

А. М. Нечипай, М. И. Давыдов, В. В. Архипов,
С. В. Какпаков, Б. Е. Полоцкий, И. С. Стилиди

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ МОДУЛЯ «ФИБРОСКОПИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА», РАЗРАБАТЫВАЕМОГО АРМ'а ВРАЧА-ЭНДОСКОПИСТА. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА И ПОЛНОТЫ ФОРМИРУЕМЫХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ

НИИ клинической онкологии

Наиболее ответственным этапом эндоскопической диагностики, несомненно, является оценка ее результатов, выражаемая в виде заключения эндоскопического исследования. Одним из обязательных требований, которое должно предъявляться к документально оформленному протоколу эндоскопического исследования (помимо достаточной информативности и точности описательной части, корректной оценки обнаруженных изменений), по нашему мнению, должно быть требование к адекватной полноте заключения. Мы считаем, что все визуальные признаки патологических состояний, обнаруженные врачом-эндоскопистом, должны быть не только зарегистрированы, но и должным образом оценены, какими бы незначительными они не были, по мнению исследователя. Любые, даже незначительные, отклонения от нормальной эндоскопической картины могут представлять для врача-клинициста определенный интерес, и пренебрегать оценкой таких

tastasis frequency was high even in T1 disease while the staging by the index K gave better conformity of the parameters (table 2).

In order to determine hormone dependence of the tumors we measured steroid hormone receptors in all cases studied [2,3].

The study was performed in 27 patients with stage IIb and IIIb breast cancer in which adjuvant endocrine therapy was required. Different tumor receptor status (i. e. when the patients had one receptor-positive and one receptor-negative tumors) was discovered in 17 (63%) cases. Basing on this study we could choose correct endocrine therapy for the patients.

We supposed that poorer prognosis in multicentric breast cancer was related with tumor location in different (with respect to lymph collector belonging) quadrants. To confirm this supposition we analyzed 5- and 10-year survival of the patients. The 5- and 10-year survival rates were $83.9 \pm 6.2\%$ and $78.2 \pm 8.1\%$, respectively, in patients with tumors in the same quadrant against $57.9 \pm 6.9\%$ and $39.1 \pm 9.0\%$ in patients with tumors in different quadrants. Thus, the location of tumors in different quadrants is a factor of poor disease prognosis.

We hope that our findings will improve treatment and prognosis of multicentric breast cancer.

A. M. Nechipay, M. I. Davydov, V. V. Arkhipov,
S. V. Kakpakov, B. E. Polotsky, I. S. Stilidi

MEDICAL ASPECTS OF MODULE 'FIBROSCOPY OF UPPER GASTROINTESTINAL TRACT' OF ENDOSCOPIST'S WORKSTATION. TECHNOLOGICAL EXPERTISE OF REPORT QUALITY AND COMPLETENESS

Research Institute of Clinical Oncology

Evaluation of results of endoscopic diagnosis in terms of endoscopic report is the most important stage of the study. Beside being sufficiently informative, accurate and correct the endoscopic report should be complete. We think that all visual pathological signs detected by the endoscopist should also be properly evaluated no matter how insignificant they seem. Any deviations, even seemingly insignificant, from the normal endoscopic pattern should be of interest for the endoscopist. We propose a technological method to render endoscopic reports complete using possibilities of the endoscopist's workstation.

We suggest that all alternative Work Menus (uniform groups of pathologies) used to formalize diagnostic information should be saved and accumulated as a separate list. Entries of the list should be grouped with respect to gastrointestinal segments examined. It should look like this: