

венерического заболевания на момент лечения рака шейки матки является фактором плохого прогноза (Важенин А.В., 2003).

Выводы:

1. У 25% больных раком шейки матки обнаруживаются Наботовы кисты.

2. Наличие кист шейки матки является косвенным признаком плохого прогноза больных раком шейки матки.

НЕОЛИМФОАНГИОГЕНЕЗ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ш.Х. Ганцев, Р.Ш. Ишмуратова,
А.В. Султанбаев, В.Ю. Фролова

Башкирский ГМУ, г. Уфа

Прогресс онкологической науки во многом сопряжен с успехами в экспериментальной и теоретической онкологии. Последние годы ознаменовались новыми открытиями в онкологии, имеющими первостепенное значение для понимания механизмов развития рака, метастазирования, прогрессии, противоопухолевого надзора и др. Рак молочной железы (РМЖ) почти повсеместно имеет тенденцию к росту, в РФ сохраняется высокий уровень запущенности при этой форме рака, инвалидизация женщин за счет органосохраняющих операций, лимфостаза, ранней диссеминации и др. Неолимфоангиогенез понятие достаточно новое, впервые описано при раке молочной железы японскими учеными в начале XXI века. В норме лимфатические узлы человека имеют 4-6 приносящих лимфатических сосудов. При раке с метастазами в лимфатические узлы отмечается рост числа приносящих лимфатических сосудов (неолимфоангиогенез), изменение диаметра этих сосудов, исчезновение клапанов. Наши ранние работы (Ганцев Ш.Х. и соавт., 2010; Татунов М.А., 2010) свидетельствуют о том, что чем ближе лимфатический узел (ы) к первичной опухоли, тем процесс неолимфоангиогенеза (НЛАГ) более выражен. Значение НЛАГ при раке молочной железы к настоящему времени не установлено. Специфических лекарственных препаратов обладающих свойством блокировать НЛАГ, нет. Вопрос необходимости блокирования НЛАГ при метастазах рака ни кем не изучался.

Цель исследования: проанализировать особенности неолимфоангиогенеза при раке молочной железы II и III стадий в зависимости от дифференцировки опухоли и рецепторного статуса опухоли (her2 neo).

Материал и методы.

Объектом настоящего исследования послужили первичные опухоли молочной железы, лимфонодулярный комплекс тканей аксиллярной области – лимфатические сосуды (афферентные и эфферентные), лимфатические узлы, взятые у 100 лиц женского пола зрелого возраста, во время оперативного вмешательства по поводу РМЖ.

Выделение лимфатических узлов и сосудов из тканей аксиллярной области производилось с помощью ультразвукового аппарата LySonix 3000® с PulseSelect™ (США) методом сонолиподеструкции.

Для исследования из полученного лимфонодулярного комплекса выбирался один лимфатический узел первого порядка (сторожевой). Дальнейшее исследование лимфонодулярного комплекса проводилось с помощью операционного микроскопа OPTON – OPMI 6 CFC. Фокусное расстояние 200 мм, оптическое увеличение от 5 до 30 раз. Гистологические и иммуногистохимические исследования препаратов опухоли молочной железы, лимфатических узлов проводились традиционным способом. Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием пакета прикладных программ, с применением оценки средней арифметической вариационного ряда (М).

Результаты и обсуждение.

По степени дифференцировки рака молочной железы сформировано три равноценных группы больных. Выделены высокая, умеренная и низкая степени дифференцировки. У пациенток с высокой степенью дифференцировки опухоли молочной железы среднее количество сосудов перфузирующих сторожевой лимфатический узел (СЛУ) достигало 25 (при норме 4-6), при умеренной степени – 19,8, а при низкой степени – 15. Диаметры приносящих лимфатических сосудов также имели свои особенности. При высокой степени дифференцировки РМЖ диаметр лимфатического сосуда СЛУ в среднем достигал 0,645 мм (измеряли во всех случаях в 10 мм от капсулы лимфатического узла), при умеренной дифференцировке – 0,686 мм, а при низкой дифференцировке – 0,832 мм. В норме диаметры приносящих лимфатических сосудов колеблются в диапазоне 0,150-0,250 мм.

В зависимости от степени экспрессии рецепторов her2 neo при РМЖ с метастазами в лимфатические узлы аксиллярной области выявлены следующие данные. При her2 neo (-) среднее количество приносящих лимфатических сосудов достигало 22,9, при her2 neo (+) – 18,5, при her2 neo (++) – 16,2, а при her2 neo (+++) – 14. Диаметр вновь образованных лимфатических сосудов достигал при her2 neo (-) -0,853 мм, при her2 neo (+) – 0,710 мм, her2 neo (++) – 0,830 мм, а при her2 neo

(+++)- 0,823 мм. Данные, полученные нами, отличаются новизной и интерпретируются впервые, поэтому мы лишь констатируем факты. Увязать степень дифференцировки опухоли и рецепторный статус с особенностями НЛАГ пока не представляется возможным. Мы можем полагать, что это компенсаторные механизмы противоопухолевой защиты человека в его взаимодействии с опухолевыми клетками. Нужны дополнительные сведения, касающиеся молекулярно биологической структуры первичной опухоли, белков и рецепторов участвующих в процессе НЛАГ. Работа в данном направлении должна продолжаться, так как она имеет большое значение в понимании адаптационных механизмов, метастазирования, противоопухолевой защиты. Новые знания в этой области помогут разработать оригинальные и нестандартные подходы в лечении рака.

Выводы.

1. Неоплимоангиогенез при раке молочной железы наблюдается у всех больных с метастазами в сторожевые лимфатические узлы.

2. Количество и диаметр исходных и вновь образованных лимфатических сосудов при метастазах рака молочной железы достоверно изменяется и зависит от степени дифференцировки и статуса her2 neo.

3. Полученные результаты имеют большое научно-практическое значение, т.к. открывают возможности прогнозирования течения рака, метастазирования, а также новых методов повышения эффективности лечения рака молочной железы.

РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Н.А. Данько, А.В. Важенин, М.В. Ростовцев,
Н.В. Ваганов, Е.А. Надвикова*

Челябинский ОКОД
Уральская КБ ФГУ «РЦРР
МЗ РФ, г. Челябинск, ЧОКБ № 1

Опухоли толстой кишки (ободочной и прямой) входят в число так называемых «онкологических лидеров». Колоректальный рак занимает 4-е место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в мире и 3-е место в структуре смертности от них. Показатель пятилетней выживаемости после радикальных оперативных вмешательств за последние годы мало изменился и составляет в среднем 45-60%. Основной причиной отсутствия заметного улучшения отдаленных результатов лечения рака данной локализации является высокий процент рециди-

вов и метастазов заболевания, частота которых колеблется от 20 до 57%. При этом отсутствуют надежные методы диагностики этих изменений в ранние сроки после операций. С учетом обнадеживающих результатов лечения рецидивных опухолей толстой кишки возникает необходимость поиска оптимального метода диагностики для своевременного обнаружения в послеоперационном периоде локальных рецидивов рака с уточнением степени распространенности процесса.

Задачи.

Изучить возможности одного из методов - магнитно-резонансной томографии (МРТ) - в выявлении рецидивов колоректального рака и оценке распространенности процесса, а также изучить МР-семиотику рецидивных опухолей после радикального лечения.

Материалы и методы.

Нами было обследовано 20 пациентов (11 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 32 до 70 лет с гистологически подтвержденным диагнозом рецидива колоректального рака. Локализация первичного очага: слепая кишка - 1, восходящий отдел поперечно-ободочной кишки - 1, ректосигмоидный отдел - 8, прямая кишка - 10 человек. Гистологический вариант в большинстве случаев (19) - аденокарцинома различной степени дифференцировки, в одном случае был верифицирован слизисто-коллоидный рак. Все пациенты были подвергнуты радикальным оперативным вмешательствам, двум пациентам проводили курсы предоперационной лучевой терапии, пять пациентов получали различные курсы адъювантной химиотерапии. МРТ-исследования проводили на установках фирмы SHIMADZU с напряженностью поля 0,5 Тесла и фирмы Phillips с напряженностью поля 1,5 Тесла. Результаты всех МРТ исследований рецидивных опухолей, регионарных и отдаленных метастазов были верифицированы в процессе последующих оперативных вмешательств.

Результаты и обсуждение.

В результате проведенной работы была изучена МРТ семиотика рецидивных опухолей толстой кишки. Типичными МРТ симптомами рецидивной опухоли являлись: наличие мягкотканого образования в области кишечного анастомоза или по краям резекции, в параколической, параректальной клетчатке, а также на путях лимфооттока от пораженной области; небольшие опухоли, как правило, имели однородную тканевую структуру, крупные опухоли приобретали неоднородность за счет включений жира, крови различного срока давности, зон кистозной дегенерации и разнокалиберных фокусов некроза; наружные контуры образований были бугристыми, нечеткими, тяжистыми; очень часто при рецидивных опухолях (у