

рентгеновская плотность паренхимы при маммографии соответствовала I степени (жировая паренхима). У пациенток, у которых ультразвуковые находки были расценены как BIRADS 3, было выявлено 11 случаев РМЖ, BIRADS 4—5 — 98 случаев (у всех пациенток диагноз верифицирован гистологически). Размеры опухолей, выявленных во 2-й группе, варьировали от 6 до 42 мм (в среднем 19,53 мм).

Из общего числа образований, оцененных цитологически, было получено 26 ложноотрицательных и 6 ложноположительных заключений. В результате чувствительность, специфичность и точность цитологического исследования при условии адекватного попадания в интересующее образование под контролем лучевых методов составили 78,9, 97,6 и 91,4% соответственно.

Чувствительность, специфичность и точность УЗИ в диагностике и дифференциальной диагностике РМЖ у больных ФКБ, вычисленные по результатам нашего исследования, составили 93,2, 92,3 и 92,9% соответственно.

Анализ полученных данных показал, что чувствительность УЗИ резко снижается в жировой паренхиме молочной железы. Последнее, однако, не является проблемой, поскольку в данном случае чувствительность маммографии максимальна. Кроме того, в большинстве случаев при УЗИ затруднено выявление преинвазивных карцином, что в значительной степени снижает ценность метода.

С другой стороны, при наличии выраженных фиброзных изменений паренхимы молочной железы, что резко снижает чувствительность маммографии, УЗИ может оказать неоценимую помощь, обеспечивая выявление небольших инвазивных карцином, поскольку на фоне гиперэхогенной паренхимы их визуализация в виде гипоэхогенных образований значительно облегчается. Порог разрешения метода при условии использования аппарата, сравни-

мого по характеристикам с использовавшимся нами, составляет 6 мм. В то же время тщательное УЗИ молочной железы занимает не менее 10 мин рабочего времени врача-специалиста, что является достаточно затратным. Довольно велика и доля ложноотрицательных заключений, что требует выполнения ненужных биопсий доброкачественных образований.

Кроме того, нами была выявлена следующая интересная закономерность: размеры злокачественного образования, определенные при УЗИ, всегда оказывались меньше определявшихся во время оперативного вмешательства.

Выводы

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

2. УЗИ малоинформативно при жировой плотности паренхимы молочной железы, 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 молочной железы.

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 желательна гистологическая верификация злокачественности процесса.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ И ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.М. Слонимская, В.М. Перельмутер, М.В. Завьялова, Е.Ю. Гарбуков,
Ю.Л. Кокорина, С.В. Вторушин, А.В. Дорошенко, Н.А. Красулина

НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, Томск

В настоящее время в России около 60% всех впервые выявленных злокачественных опухолей молочной железы составляют ранние формы рака молочной железы (РМЖ) T1—2N0—1M0. При этом значительно увеличилось количество выполняемых органосохраня-

ющих операций, которые обеспечивают достойное качество жизни. Уменьшение объема хирургического вмешательства касается не только первичного опухолевого очага, но и зон регионарного лимфооттока. Тем не менее отдаленные результаты лечения не всегда являются удовле-

творительными. На сегодняшний день РМЖ является основной причиной смерти от злокачественных новообразований среди женщин.

Принято считать, что одним из наиболее значимых прогностических факторов, определяющих неблагоприятный исход заболевания, является наличие метастазов опухоли в регионарных лимфатических узлах. Несмотря на то что оценка истинной степени распространенности процесса на этапе клинической диагностики чрезвычайно важна для определения адекватной тактики лечения, стандартные методы исследования не всегда позволяют визуализировать возможное метастатическое поражение лимфатических коллекторов. Дополнительная информация может быть получена при исследовании морфологического строения первичного опухолевого узла по материалу, полученному во время выполнения пункционной биопсии. В частности, представляет интерес изучение прогностической ценности гистологического строения инфильтративного компонента инфильтрирующего протокового РМЖ (ИПРМЖ).

Традиционно оценка морфологических особенностей инфильтративного компонента опухоли широко используется при определении степени злокачественности ИПРМЖ по методу P. Scarff и соавт., заключающемуся в определении процентного содержания тубулярных структур в инфильтративном компоненте, числа митозов и клеточного полиморфизма. Степень злокачественности считается важным фактором прогноза при РМЖ и в определенной мере ассоциируется с выраженностью регионарного метастазирования, однако далеко не всегда является определяющей. Актуален поиск дополнительных информативных морфологических критериев, позволяющих прогнозировать вероятность лимфогенного метастазирования.

Было проведено гистологическое исследование операционного материала 400 больных РМЖ T2—4N0—2M0 в возрасте 28—80 лет. Оценивали ткань опухолевых узлов и все аксиллярные лимфатические узлы. При исследовании инфильтративного компонента РМЖ выделяли тубулярные, трабекулярные, микроальвеолярные, солидные структуры, отдельные группы опухолевых клеток.

Анализ результатов показал, что частота лимфогенного метастазирования линейно возрастает по мере увеличения представительства микроальвеолярных структур (от < 10% до > 75% от общего количества разных структур инфильтративного компонента) в инфильтративном компоненте ИПРМЖ. Выявленная взаимосвязь не зависела от возраста пациентов, проведения неoadъювантной химиотерапии, наличия или отсутствия в опухоли других структур инфильтративного компо-

нента. Полученные данные позволяют полагать, что выраженное (более 75%) представительство микроальвеолярных структур в инфильтративном компоненте является прогностическим признаком, указывающим на высокую вероятность наличия лимфогенных метастазов у больных РМЖ.

Однако неблагоприятный исход заболевания определяют не только наличие лимфогенного метастазирования, но и возраст пациентки, размер первичного очага, рецепторный статус, гиперэкспрессия онкогена Her-2/neu, гистологическое строение опухоли, степень ее злокачественности, наличие опухолевых эмболов в лимфатических и кровеносных сосудах и др. Не меньший интерес представляло изучение частоты и характера гематогенного метастазирования при разных вариантах строения инфильтративного компонента протокового рака.

Было отмечено, что наличие или отсутствие микроальвеолярных структур в опухоли, столь значимых в отношении лимфогенного метастазирования, не оказывало существенного влияния на частоту возникновения гематогенных метастазов и, соответственно, данный показатель не может использоваться в качестве прогностического фактора. Большая частота развития гематогенных метастазов у больных РМЖ была сопряжена с присутствием в инфильтративном компоненте ИПРМЖ трабекулярных структур и несколько реже — тубулярных. Однако статистически значимые различия выявлены только при сравнении частоты гематогенного метастазирования в зависимости от коэффициента, отражающего соотношение трабекулярных и тубулярных структур в инфильтративном компоненте РМЖ. Так, риск развития гематогенных метастазов у пациентов с коэффициентом, равным 2, был в 3 раза выше, чем при коэффициенте, равном 1, при этом вероятность развития одиночных гематогенных метастазов в печень или кости увеличивалась в 5 раз. Прогностическая значимость данного коэффициента для определения вероятности метастазирования опухоли в легкие и другие органы была недостоверной. Полученные данные свидетельствуют о том, что предложенный коэффициент может рассматриваться в качестве дополнительного высокоинформативного прогностического критерия при определении риска гематогенного метастазирования РМЖ в кости и печень.

Таким образом, выделение новых информативных прогностических критериев, сопряженных с различными вариантами опухолевой прогрессии (лимфогенное, гематогенное метастазирование) у больных РМЖ, позволяет лучше оценить индивидуальный прогноз заболевания, выбрать адекватный объем лечения и определить сроки динамического наблюдения.