

ЗАВИСИМОСТЬ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ИНФИЛЬТРИРУЮЩЕГО ПРОТОВОКОВОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТ СОСТОЯНИЯ СТРОМЫ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ

М.В. Завьялова, С.В. Вторушин, А.В. Дорошенко

ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет»,
ГУ «НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН», г. Томск

Актуальность. В настоящее время общепризнанно, что важную роль в канцерогенезе играет микроокружение опухоли, которое включает межклеточный матрикс, кровеносные сосуды, клетки воспалительного инфильтрата и фибробласты, поэтому предпринимаются значительные усилия для изучения состояния стромы рака молочной железы (РМЖ) и оценки ее роли в прогрессии опухоли. Чаще всего лимфоидная инфильтрация в опухолевом узле рассматривается как благоприятный прогностический фактор, отражающий местную защитную реакцию в ткани РМЖ, однако ряд авторов приписывает лимфоидным клеткам способность стимулировать опухолевый рост. Недавно было показано, что фибробласты стромы опухоли имеют большое самостоятельное значение для прогрессии рака. Обнаружено, что высокая пролиферативная активность фибробластов в центре опухолевого узла инвазивного протокового РМЖ увеличивает риск развития метастазов в лимфоузлы и отдаленные органы. Данная закономерность связывается с продуцированием фибробластами протеиназы, которая является важным фактором инвазии опухолевых клеток и метастазирования.

Материал и методы. В исследование были включены 523 больных с уницентрическим инфильтрирующим протоковым раком (ИПР) молочной железы. Средний возраст $51,9 \pm 10,5$ года. 408 больным проводилась 4–6 курсов предоперационной химиотерапии по схеме FAC или CAF. 115 больных предоперационного лечения не получали. Всем больным проводилась операция в размере радикальной мастэктомии и секторальной резекции молочной железы. При исследовании операционного материала морфологически оценивались центр, перифе-

рия опухоли, материал из четырех квадрантов молочной железы, все аксиллярные лимфоузлы. В соответствии с гистологической классификацией рака молочной железы 2002 г. все случаи соответствовали смешанной форме инфильтрирующего протокового рака (NOS). При исследовании ткани опухоли оценивалось строение инфильтративного компонента, в котором выделяли микроальвеолярные, трабекулярные, тубулярные, солидные структуры и дискретно расположенные группы клеток. Оценивалось наличие или отсутствие этих структур. Кроме того, исследовалось состояние стромы опухоли по таким параметрам, как выраженность фиброза и воспалительной инфильтрации, без уточнения состава инфильтрата. Оценка выраженности воспалительной инфильтрации проводилась по 5-балльной системе (1 – нет, 2 – слабо выражена, 3 – умеренно выражена, 4 – выражена, 5 – резко выражена). Выраженность фиброза определялась также по 5-балльной системе, по процентному соотношению стромального и паренхиматозного компонентов (1 – нет, 2 – слабо выражен (стромы менее 10 %), 3 – умеренно выражен (строма составляет приблизительно 50 %), 4 – выражен (стромы – 75 %), 5 – резко выражен (стромы – 90 % и более)). Отдаленные результаты оценивались через 5–10 лет. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ «Statistica 6.0 for Windows».

Результаты. Исследование выраженности фиброза стромы и воспалительной инфильтрации в основном опухолевом узле не выявило связи между выраженностью этих признаков и лимфогенным метастазированием (соответственно: $\chi^2=1,13$; $p=0,89$ и $\chi^2=2,64$; $p=0,620$). В то же время выраженность воспалительной ин-

фильтрации стромы оказалась сложным образом связанной с гематогенным метастазированием ($\chi^2=17,04$; $p=0,001$). Отсутствие гематогенных метастазов регистрировалось как при едва выраженной воспалительной инфильтрации стромы (в 48 из 48 случаев), так и при крайней степени ее выраженности (в 9 случаях из 10). Зависимость отдаленного метастазирования от выраженности фиброза стромы первичного

опухолевого узла отсутствовала ($\chi^2 = 5,8$; $p = 0,211$).

Выводы. Полученные данные указывают на необходимость дальнейшего подробного изучения значения качественного состава воспалительного инфильтрата для гематогенного метастазирования с целью выявления возможной прогностической значимости этих параметров.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ КАК ЭТАП КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НОСОГЛОТКИ, НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

А.С. Захаров, Е.А. Шеметов, В.С. Васильев

*Челябинский областной онкологический диспансер;
ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия»,
г. Челябинск*

Актуальность. Лечение злокачественных новообразований полости носа и околоносовых пазух остается одной из наиболее сложных проблем клинической онкологии. В настоящее время наиболее оптимальным методом лечения злокачественных новообразований полости носа и околоносовых пазух считается комбинированный метод, который включает в себя оперативное лечение, лучевую или химиотерапию в различных сочетаниях. Применяемые методы позволяют добиться относительно хороших результатов при начальных стадиях опухолевого процесса, поэтому проблема лечения местнораспространенных форм злокачественных новообразований остается сложной и далеко не решенной проблемой.

Результаты. В отделении патологии головы и шеи Челябинского областного онкологического центра осенью 2006 г. находился на лечении пациент М. с распространенной саркомой полости носа и околоносовых пазух. На первом этапе комбинированного лечения больному было выполнено оперативное вмешательство в объеме этмоидотомии, вскрытия основной и лобных пазух, удаления носовой перегородки, ревизии верхнечелюстных пазух с последую-

щим удалением патологического содержимого. После удаления опухоли, не транспортируя больного из операционной, проведена ИОЛТ на малогабаритном аппарате Бетатрон МБ-10Э, созданном в НИИ интраскопии при Томском политехническом университете и установленном непосредственно в операционной. Стандартный коллиматор, диаметром 50 мм, введен в операционную полость, включающую в себя лобные и основную пазухи, полость носа, носоглотку, подведен к ложу удаленной опухоли. С целью повышения конгруэнтности дно ложа удаленной опухоли «выровнено» марлевыми салфетками, смоченными 0,9 % раствором NaCl. Однократно была подведена доза 12,35 Гр, что составило 30 Гр по изозффекту. Оперативное вмешательство заканчивалось тампонированием (дренированием) послеоперационной полости (включая верхнечелюстные пазухи) с йодоформенным тампоном сроком на 5–9 дней и послойным ушиванием раны с особым акцентом на точках пересечения линий разрезов кожи и подлежащих тканей. Осложнений и побочных эффектов от проведенной интраоперационной лучевой терапии во время лечения и в послеоперационном периоде не наблюдалось.