

ленных опухолей надпочечников // Хирургия. — 2005. — № 6. — С. 11 — 14.

2. Ветшев П.С., Ипполитов Л.И., Королева И.М., Коваленко Е.И. Возможности компьютерной томографии в диагностике новообразований надпочечников // Хирургия. — 2002. — №6. — С. 9 — 13.

3. Майстренко Н.А., Довганюк В.С., Фомин Н.Ф. и др. Гормонально-неактивные опухоли надпочечников. — СПб: ЭЛБИ, 2001. — 171 с.

4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология. Нац. руков. — М.: ГЭОТАР-Медиа: 2008. — 1064 с.

5. Калинин А.П., Майстренко Н.А. Хирургия надпочечников. — М.: Медицина, 2000. — 216 с.

6. Калинин А.П., Майстренко Н.А., Ветшев П.С. Хирургическая эндокринология. — СПб: Питер, 2004. — 60 с.

7. Устюгова А.В. Модель скринингового обследования пациентов с инсидентомами надпочечников // Пробл. стандар. здравоохран. — 2008. — №1. — С. 167 — 168.

8. Щетинин В.В., Колпинский Г.И., Зотов Е.А. Лучевая диагностика патологии надпочечников. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 184 с.

9. Barzon L., Scaroni C., Sonino N. et al. Incidentally

discovered adrenal tumours: endocrine and scintigraphic correlations // J. Clin. Endocrin. Metabolism. — 1998. — Vol. 83. — P. 55 — 62.

10. Fajardo R., Montalvo J., Velazquez D. et al. Correlation between radiologic and pathologic dimensions of adrenal masses // World. J. Surg. — 2004. — Vol. 28. — P. 494 — 497.

11. Hensen J., Harsch I., Sachse R. et al. Ein Nebennierenzuffallstumor ist keine "Zeitbombe" — Argumente fuer die Ferlaufskontrolle // Zentralbl. Chir. — 1997 — Vol. 22. — P. 487 — 493.

12. Katabami T., Obi R., Shirai N. et al. Discrepancies in results of low-and high-dose dexamethasone suppression tests for diagnosing preclinical Cushing's syndrome // Endocr J. — 2005. — Vol. 52. — №4. — P. 463 — 469.

13. Reincke M., Fassnacht M. et al. Adrenal incidentaloma: a manifestation of the metabolic syndrome? // Endocr Res. — 1996. — Vol. 22. — P. 757-761.

14. Siren J., Tervahartiala P., Sivula A. et al. Natural course of adrenal incidentaloma: seven- year follow-up study // World J. Surg. — 2000. — Vol. 24. — P. 579 — 582.

УДК 618.19-006.6-033.2-091.8-036

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОПУХОЛИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЕГКИЕ

Ирина Ивановна Андреяшкина^{1*}, Владимир Николаевич Плохов²

¹Дорожная клиническая больница, г. Саратов, ²Отделенческая клиническая больница на станции
Волгоград I, г. Волгоград

Реферат

Цель. Изучение биологических факторов опухоли, определяющих варианты метастазирования рака молочной железы в легкие.

Методы. 230 больным раком молочной железы с метастазами в легкие за период с 1994 по 2004 г. была проведена комплексная диагностика: рентгенография в двух стандартных проекциях, продольная и компьютерная томография, фибробронхоскопия и трансторакальная игловая биопсия.

Результаты. В зависимости от длительности интервала времени между установлением диагноза рака молочной железы и временем обнаружения в легком (от одного года до 5 лет) были выделены два варианта метастазирования рака молочной железы в легкие — ранние и поздние метастазы. Ранние метастазы в легкие были обнаружены у 58,4% пациенток, причем наиболее часто в возрасте до 50 лет, поздние — у 41,6% в возрасте старше 50 лет.

Выводы. Выделение двух вариантов метастазирования рака молочной железы в легкие позволяет более точно определять прогноз заболевания и оптимизировать лечебную тактику.

Ключевые слова: метастазы в легкие, рак молочной железы.

BIOLOGICAL FACTORS OF TUMORS THAT DETERMINE THE CLINICAL VARIANTS OF METASTASIS OF BREAST CANCER INTO THE LUNGS. I.I. Andreyashkina¹, V.N. Plokhov². ¹Road Clinical Hospital, Saratov, ²Clinical Hospital at the Volgograd I Station, Volgograd. **Aim.** To study of tumor biological factors of tumors that determine the variants of metastasis of breast cancer into the lungs. **Methods.** A complex diagnosis of 230 breast cancer patients with metastases in the lungs during the period from 1994 to 2004 has been conducted: X-rays in two standard projections, longitudinal and computed tomography, fiber optic bronchoscopy and transthoracic needle biopsy. **Results.** Depending on the length of time interval between diagnosis of breast cancer and the time of metastasis detection in the lung (from one year to 5 years) identified were two variants of metastatic breast cancer in the lungs — early and late metastasis. Early lung metastases were detected in 58.4% of patients, and most often before the age of 50, late metastases — in 41.6% at age of 50 and older. **Conclusions.** Determining the two variants of breast cancer metastasis to the lungs allows a more accurate determination of the prognosis and makes it possible to optimize the treatment tactics. **Key words:** lung metastases, breast cancer.

Частота метастазирования в легкие и плевру при раке молочной железы составляет 29,4% [1, 2, 6]. Особого внимания заслуживает характер метастазов рака молочной железы в легкие, что связано с биологиче-

ской неоднородностью заболевания, умеренной чувствительностью опухоли к химио- и гормонотерапии, отсутствием абсолютных признаков чувствительности и резистентности к современным противоопухолевым препаратам [3, 4, 5].

Целью настоящей работы являлась оцен-

*Автор для переписки: andreyashkina79@mail.ru

ка биологических параметров опухоли, определяющих варианты метастазирования рака молочной железы в легкие, а также особенностей первичной опухоли в группах больных с ранними и поздними метастазами.

Были изучены результаты лечения 230 больных раком молочной железы с метастазами в легкие за период с 1994 по 2004 г. Средний возраст больных составлял 57,6 года у больных с солитарными метастазами и 49,2 года у больных с множественными метастазами. Основными жалобами были боли в грудной клетке (у 18,3%), общая слабость (у 21,7%), одышка (у 11,3%), кашель сухой или с небольшим количеством мокроты (у 10,0%). У 29,2% из 230 больных жалобы отсутствовали, и метастатические изменения в легком обнаружались только при рентгенологическом исследовании. Комплексная диагностика включала рентгенографию в двух стандартных проекциях, продольную и компьютерную томографию, фибробронхоскопию и трансторакальную игловую биопсию. Диагностику метастазов в легких и плевре осуществляли путем рационального сочетания лучевых и эндоскопических методов исследования.

Морфологическое подтверждение метастатического процесса в легких было получено у 95 пациенток: при исследовании мокроты — у 10, фибробронхоскопии — у 14, при трансторакальной пункции под рентгенологическим контролем — у 26, исследовании плевральной жидкости — у 45.

При метастазировании рака молочной железы в легкие определяющим прогностическим моментом, влияющим на выбор плана лечения, является интервал времени между установлением диагноза рака молочной железы и обнаружением в легких одиночных или множественных метастазов. В зависимости от длительности интервала времени были выделены два варианта метастазирования рака молочной железы в легкие: ранние и поздние метастазы. Ранними считали метастазы рака молочной железы в легкие при интервале от одного до двух лет с момента установления диагноза, поздними — от трех до пяти лет. Ранние метастазы в легкие имели место у 58,4% пациенток, поздние — у 41,6%. Наиболее часто ранние метастазы в легкие выявлялись у больных раком молочной железы в возрасте до 50 лет (у 62%), поздние метастазы — у 67,4% старше 50 лет.

В группе с ранними метастазами в легкие у 60,5% женщин отмечалась смешанная форма роста опухоли, тогда как у 81,2% па-

циенток с поздними метастазами преобладала узловая форма. Первичная опухоль достигала пяти сантиметров у 52,3% больных с ранними метастазами и лишь у 12,5% с поздними метастазами. Опухоли размером более пяти сантиметров были обнаружены у 36,5% больных с поздними метастазами и лишь у 6% с ранними ($p < 0,05$). Метастазы в легкие у пациенток без регионарных метастазов чаще (в 31,3%) появлялись на поздних сроках; с увеличением количества пораженных метастазами лимфоузлов увеличивался и риск ранних метастазов в легкие. При уровне поражения N3 в 23% случаев определялись ранние метастазы, в группе с поздними метастазами данный уровень поражения лимфоузлов наблюдался в 6,2% ($p < 0,05$).

При низкой степени дифференцировки опухоли ранние метастазы возникали в 56% наблюдений, поздние — в 12,5%. В случае высокодифференцированных опухолей поздние и ранние метастазы выявлялись соответственно у 14,6% и 4,5% пациентов ($p < 0,05$).

Раннее метастазирование коррелировало с высокой степенью злокачественности: III степень злокачественности в 53% наблюдениях отмечалась в группе пациенток с ранними метастазами и в 20,8% — с поздними ($p < 0,05$).

Анализ рецепторного статуса (экспрессии рецепторов эстрогенов и рецепторов прогестерона) опухоли показал, что склонностью к раннему метастазированию в легкие обладали опухоли с «двойным отрицательным» гормональным статусом (48,8%). При отсутствии одного из рецепторов более склонными к раннему метастазированию были опухоли, негативные по рецепторам эстрогенов (33,4%); позднее метастазирование было характерно ($p < 0,05$) для опухолей, отрицательных по рецепторам прогестерона (46,7%). В 75% наблюдений опухоли с гиперэкспрессией HER2 не сопровождались ранними метастазами в легкие и в 46,7% — поздними.

В 50,1% наблюдений до выявления метастазов в легкие проводилась неоадьювантная терапия, в 35,7% — химиолучевая терапия, в 8,7% — химиотерапия и в 5,7% — лучевая терапия. Неоадьювантная терапия первичной опухоли оказывала на нее значительное повреждающее действие (III-IV степень патоморфоза). У 63,5% больных этой группы отмечались ранние метастазы ($p < 0,05$).

Распространенность метастазов изучалась в зависимости от сроков их появления. При ранней диссеминации в легкие мета-

стазы носили множественный характер в 78,3% наблюдениях, при поздних метастазах — в 38,6%. Солитарные метастазы в легких отмечались в поздние сроки метастазирования в 40,6% наблюдениях, в ранние сроки — в 15% ($p < 0,05$).

Зависимость продолжительности жизни от сроков выявления метастазов в легких выражалась в увеличении одногодичной летальности в группе с ранними метастазами в легкие в 14,2% наблюдениях, с поздними метастазами — в 8,3%. Оценка пятилетней выживаемости в группах больных с ранними и поздними метастазами в легкие показала, что выживаемость в группе с поздними метастазами была выше — в 46,8% наблюдений (в группе с ранними метастазами — в 28,4%; $p < 0,05$).

Таким образом, выделение двух вариантов метастазирования рака молочной железы в легкие позволяет более точно определять прогноз заболевания и оптимизировать лечебную тактику. Раннее метастазирование ведет к развитию высокоагрессивных опухолей, оцениваемых по клиническим и морфологическим параметрам опухоли, и снижение иммунологической защиты организма. Поражение легких при раннем

метастазировании чаще носит множественный характер, тогда как позднее метастазирование обуславливает лучший прогноз заболевания, так как вызывается менее агрессивными опухолями на фоне среднего уровня иммунологической защиты организма и носит зачастую ограниченный характер поражения легких. Указанные факторы должны учитываться в совокупности при разработке тактики лечения больных раком молочной железы в легкие.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атанасян Л.А., Рыбакова Н.И., Поддубный Б.К. Метастатические опухоли легких. — М.: Медицина, 1997. — С. 57 — 61.
2. Запиров Г.М. Лучевая диагностика и лечение солитарных метастазов в легкие. — М.: Медицина, 2001. — С. 21 — 25.
3. Харченко В.П. Рентгеновская компьютерная томография в диагностике заболеваний легких и средостения. — М.: Медика, 2005. — С. 36 — 38.
4. Гарин А.М. Эндокринная терапия и гормонозависимые опухоли. — М.: Триада, 2005. — С. 12 — 18.
5. Fisher B., Wolmark N. Limited surgical management for breast cancer // World J. Surg. — 1985. — Vol. 45. — P. 156 — 158.
6. Gale K.E., Anderson J.W. Hormonal treatment for metastatic breast cancer // Cancer. — 2006. — Vol. 16. — P. 12 — 13.

УДК 616.728.3: 616.748.22-009.1-07: 612.741.1

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ СИНДРОМА «ГУСИНОЙ ЛАПКИ» КОЛЕННОГО СУСТАВА

Александр Николаевич Каралин, Геннадий Васильевич Кокуркин,
Сергей Анатольевич Николаев*

Чувашский государственный университет, г. Чебоксары

Реферат

Цель. Уточнение характеристик синдрома «гусиной лапки», необходимых для дифференциальной диагностики, профилактики, лечения и прогнозирования исходов данного патологического процесса.

Методы. В основу предложенной классификации положены клинические наблюдения 145 больных с синдромом «гусиной лапки». Оценивались клинический статус, данные магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования коленного сустава, электро(нейро)миографии мышц, формирующих зону «гусиной лапки», неврологический статус больных. Интенсивность боли определяли при движении и в покое с использованием визуальной аналоговой шкалы; достоверность полученных данных проверялась с помощью t критерия Стьюдента.

Результаты. Выделены следующие типы синдрома «гусиной лапки» в зависимости от этиологии — интраартикулярный, параартикулярный и экстраартикулярный, от патогенеза — саногенетическая (острое течение) и патогенетическая (хроническое течение), морфологических изменений мышечных тканей и клинических проявлений — рефлекторно-анталгический, симпатико-рефлекторно-миотонический и фиброзно-дистрофический.

Выводы. Используемая классификация позволяет более дифференцированно решать вопросы диагностики и лечения синдрома «гусиной лапки», а также определять тяжесть клинического процесса и прогнозировать его исход.

Ключевые слова: синдром «гусиной лапки», коленный сустав, симптомокомплекс, миогенный, интраартикулярный, параартикулярный, экстраартикулярный, саногенетический.

ON THE CLASSIFICATION OF THE «GOOSE PAD» SYNDROME OF THE KNEE JOINT. A.N. Karalin, G.V. Kokurkin, S.A. Nikolaev. Chuvash State University, Cheboksary. **Aim.** To clarify the characteristics of the «goose pad» syndrome, needed for the differential diagnosis, prevention, treatment and prognosis of the outcomes of this pathological pro-

*Автор для переписки: g.kokurkin@mail.ru