

выше значений в интактной ткани молочной железы. АТА в ткани одиночной и синхронной опухоли снижена в 2 раза и 1,7 раза, а в метасинхронной не отличалась от показателей в интактной ткани. Активность КСИ при всех вариантах роста опухоли не отличалась от значений в интактной ткани. Коэффициент катепсин Д/КСИ одинаков при всех вариантах роста и в 1,6 раза выше показателя в интактной ткани. Коэффициент катепсин Д/АТА по убывающей располагался так: одиночная опухоль → синхронная опухоль → метасинхронная опухоль. При одиночной опухоли коэффициент КФ/ЩФ не отличается от значений в интактной ткани, при синхронной и метасинхронной – снижен в 2,5 раза. Активность катепсина Д в перифокальной зоне одиночной и метасинхронной опухоли в 2,1 раза выше, чем в интактной ткани, и в 1,5 раза выше, чем в соответствующей опухоли. Активность катепсина Д в перифокальной зоне синхронной опухоли в 1,4 раза выше показателя в интактной ткани и не отличалась от ткани соответствующей опухоли. АТА и активность КСИ в ткани перифокальной зоны одиночной опухоли не отличались от значений в интактной ткани, в синхронной опухоли – в 2,5 и 2,7 раза выше, в метасинхронной опухоли – снижены в 1,4 и 2 раза. В перифокальной зоне одиночной опухоли коэффициенты катепсин Д/АТА и катепсин Д/КСИ не отличались от показателей в ткани опухоли

и превышали значения в ткани интактной железы в 2,8 и 2,1 раза. При синхронной опухоли величина этих коэффициентов в перифокальной зоне была в 1,8 и 1,9 раза ниже, чем в интактной ткани, и в 4,2 и 2,7 раза ниже значений в ткани соответствующей опухоли. При метасинхронной опухоли эти коэффициенты в перифокальной зоне в 4,6 и 3,1 раза выше, чем в интактной ткани, и в 2,3 и 2,1 раза выше, чем в ткани опухоли. Коэффициент КФ/ЩФ в перифокальной зоне опухоли при всех вариантах роста выше значений в интактной ткани и располагался по убывающей так: одиночная опухоль (в 2,6 раза) → синхронная опухоль (в 2,3 раза) → метасинхронная опухоль.

Выводы. Протеолитическая активность ткани опухолей молочной железы повышена вне зависимости от формы роста. При синхронном раке активность протеолитических процессов в ткани опухоли значительно превосходит таковую в перифокальной ткани, что соответствует наиболее злокачественному клиническому течению. При метасинхронном раке активность протеолиза в перифокальной зоне опухоли значительно превосходит таковую в ткани опухоли, что соответствует наименее злокачественному клиническому течению. При одиночной форме роста опухоли уровень ограниченного протеолиза уравновешен между тканью опухоли и ее перифокальной зоной.

К ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО МЕТАСИНХРОННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.М. ФРАНЦИЯНЦ, Ю.А. ГЕВОРКЯН, Н.В. СОЛДАТКИНА, А.В. ДАШКОВ

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»

Цель исследования – выявление групп риска по развитию первично-множественного метасинхронного рака молочной железы.

Материал и методы. В исследование включено 139 больных раком молочной железы I–II стадии ($T_{1-2}N_{0-1}M_0$), в возрасте от 39 до 47 лет, которым на I-м этапе лечения выполняли операцию, гистологически преобладал инфильтрирующий протоковый рак (82 %). В ткани злокачественных

опухолей молочной железы (одиночные опухоли – 100 больных, вторые метасинхронные – 39 больных), удаленных во время операции, и их перифокальных зонах определяли активность фермента каталазы и рассчитывали соотношение активности фермента в ткани злокачественной опухоли с активностью фермента в перифокальной ткани.

Результаты. Установлено, что соотношение активности каталазы в ткани метасинхронной опу-

холи молочной железы с активностью фермента в перифокальной зоне опухоли составляет $1,0 \pm 0,2$. Соотношение активности каталазы в ткани одиночной опухоли с активностью фермента в перифокальной зоне разделилось на две подгруппы: у большинства (92 больных) этот показатель составил $0,5 \pm 0,04$, у 8 больных показатель был такой же, как при метасинхронной опухоли – $1,0 \pm 0,2$. Уровень соотношения активности каталазы в ткани опухоли к активности фермента в перифокальной зоне опухоли не зависел от гистотипа опухоли. Указанные 8 больных были выделены нами в группу интен-

сивного наблюдения, в сроки от 2 до 4 лет у 7 из них возникли метасинхронные опухоли молочной железы.

Выводы. При метасинхронном РМЖ соотношение активности каталазы в ткани опухоли с активностью фермента в ткани ее перифокальной зоны составляет $1,0 \pm 0,2$, при одиночном раке молочной железы – $0,5 \pm 0,04$. При соотношении активности каталазы в ткани одиночной опухоли с активностью фермента в ткани ее перифокальной зоны $1,0 \pm 0,2$ возможно прогнозирование развития метасинхронного рака молочной железы.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.А. ФУРСОВ, А.В. ВАНХАЛЬСКИЙ, Н.М. КОЛОТОВА

ОГУЗ «Новосибирский областной онкологический диспансер»

Хирургическое лечение злокачественного поражения печени продолжает оставаться «золотым стандартом» в современной онкологии. Пятилетняя выживаемость при метастатическом поражении составляет от 25–28 % до 35–40 % (Scaife C.I. et al., 2006). Но операбельность при данной патологии не превышает 15–20 % (Steele G. et al., 2002). Радиочастотная абляция (РЧА) – один из самых молодых методов воздействия на опухолевое поражение. Обладающей малой инвазивностью и реальным клиническим эффектом, он сегодня органично включён в схему комбинированного и комплексного лечения опухолей печени. Наибольшее число клинических наблюдений освоения данного метода при метастазах колоректального рака, но выраженный положительный эффект и идентичность направленности воздействия при всех видах локальной деструкции позволили накопить опыт использования РЧА при метастазах различной этиологии.

Цель исследования – оценить результаты собственных наблюдений применения метода РЧА при метастазах рака молочной железы.

Материал и методы. В хирургическом отделении ОГУЗ «Новосибирский онкологический

диспансер» с 2004 по 2006 г. выполнено 8 РЧА печеночных метастазов рака молочной железы. Предоперационная диагностика традиционно включала обязательное выполнение ультразвукового сканирования и компьютерной томографии органов брюшной полости с контрастным усилением. Показаниями к проведению РЧА приняты размеры метастазов от 1 до 5 см в диаметре, при общем количестве очагов не более четырех, при условии удаленного первичного поражения и отсутствия внепеченочных проявлений болезни. В одном случае РЧА выполнена одновременно с вмешательством на первичном очаге (радикальная мастэктомия по Маддену).

РЧА выполнялась в условиях операционной под контролем УЗИ. Верификацию диагноза проводили путем пункционной биопсии метастазов со срочным цитологическим исследованием. Абляция выполнялась при помощи аппарата Cool-Tip Radionics, длина рабочей части активного электрода 1, 2, 3 см в зависимости от размеров метастаза, для метастазов диаметром 3–5 см использовался трехигльчатый кластер. Критерием эффективности воздействия на метастаз служила температура, измеренная в центре очага после проведения абляции, – не менее 70°C.