

THYROID STATUS IN DISHORMONAL HYPERPLASIAS AND COMEDOCARCINOMA

The thyroid status has been investigated in patients with dishormonal hyperplasias and comedocarcinoma. The changes revealed can become additional criteria in differential diagnosis of comedocarcinoma.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баженова А. П., Островцев Л. Д., Хаханашвили Г. Н. В кн.: Рак молочной железы. М., 1985.
2. Гладкова А. И., Натаров В. В., Песоцкая П. М. Пробл. эндокринологии, 1981, 4, с. 11.
3. Никогосян Г. А. В кн.: Вопросы экспериментальной и клинической онкологии. М., 1984, с. 102.
4. Пантюшенко Т. А. В кн.: Дисгормональные гиперплазии и рак молочной железы. Минск, 1985, с. 3.
5. Хусейнова В. Ф. Автореф. дис. докт. Л., 1984.
6. Adams H. O., Hausen J., Rimsten A., Wide L. Upsala J. Med. Sci., 1979, 84, 3, 223.
7. How J., Bewsher P. O. Europ. J. Obstet. Gynec., 1979, 9, 23.
8. Loprest J. S., Warren D. W., Kaptein T. M. J. Clin. Endocrinol. and Metabol., 1982, 55, 666.
9. Segaloff Albert Horm. and Breast. Cancer. Cold Spring Harbor, 1981. 4, 229.
10. Wiske R., Giellinsky P., Meyer R. Med. Welt., 1979, 9, 23.

УДК 618.19—006.6

Т. Г. ОВАНЕСБЕКОВА

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

При раке молочной железы предлагается оценка морфологических признаков прогностического значения по балльной системе с выведением суммарного индивидуального морфологического индекса. Последний указывается в заключительном диагнозе патоморфолога и учитывается клиницистом при выборе оптимальной тактики лечения больных раком молочной железы и определении индивидуального прогноза.

За последние годы как у нас в стране, так и за рубежом широкое развитие получила онкологическая концепция индивидуального прогнозирования и лечения рака молочной железы [7]. В работе многих исследователей большое значение придается морфологическим признакам опухолевого роста [5, 6, 9]. При определении индивидуального прогноза заболевания и соответствующей схемы лечения больных раком молочной железы необходимо учитывать индивидуальные морфологические показатели, некоторые из которых имеют доминирующее значение.

На сегодняшний день главным прогностическим признаком при раке молочной железы считают метастатическое поражение лимфатических узлов [8, 10, 14, 17, 19]. Наиболее неблагоприятным является поражение 3 и более лимфатических узлов [8, 10, 14, 16, 18]. Резко ухудшает прогноз раковая эмболизация кровеносных и лимфатических сосудов [10, 11, 14, 16]. На прогноз заболевания влияет также харак-

тер роста опухоли (неинфильтрирующий и инфильтрирующий), инвазия опухолевых клеток в экстрамаммарные ткани и жировую клетчатку [10, 13], а также гистоструктура рака [5, 12, 15, 16]. Большое значение в прогностическом плане придается степени злокачественности опухоли, которая, по мнению ряда авторов, является основным фактором, влияющим на прогноз заболевания [1, 5, 13, 19]. Различное прогностическое значение приписывается стромальным реакциям опухоли [1, 2], а также реактивным изменениям в регионарных лимфатических узлах; среди последних с большей определенностью можно говорить о благоприятном прогностическом значении синус-гистиоцитоза [4, 11, 18].

Следует подчеркнуть, что морфологические показатели опухолевого роста присутствуют, как правило, в любом сочетании, «наборе» прогностических признаков, предлагаемых различными авторами для определения индивидуального прогноза. Биологические свойства опухоли, индивидуальные особенности ее роста, несомненно, находят свое отражение в морфологических показателях. Последние являются достаточно объективными критериями, которые необходимо учитывать при определении индивидуального прогноза заболевания и выборе оптимальной схемы лечения больных раком молочной железы. Однако морфологические признаки зачастую не находят отражения в заключительном диагнозе или по недооценке значимости указанных признаков, или из-за определенной трудоемкости в их перечислении и описании. Таким образом, ценная информация о индивидуальных особенностях рака молочной железы больного, имеющая значение для определения прогноза заболевания и выбора схемы лечения, не становится достижением клинициста.

С целью более рационального подхода к данному вопросу мы предлагаем оценивать морфологические признаки прогностического значения при РМЖ по балльной системе с выведением суммарного индивидуального морфологического индекса (ИМИ) разных степеней—ИМИ-I, II, III. Такой метод, как нам кажется, значительно облегчит задачу, и клиницист в ответе патоморфолога вместо пространного описания морфологических признаков прогностического значения получит конкретное указание об их значимости. Определение суммарного ИМИ представляется целесообразным еще и потому, что при его выведении морфологические признаки опухолевого роста рассматриваются не изолированно, а в сочетании, что делает более объективным интерпретацию опухолевого процесса с точки зрения прогноза. Например, медулярный рак молочной железы считается прогностически благоприятным. Однако наличие метастазов в лимфатических узлах или раковых клеток в просвете сосудов полностью нивелирует благоприятное значение данной микроструктуры.

Нами предложен следующий метод оценки морфологических признаков рака молочной железы в баллах с выведением на этой основе индивидуального морфологического индекса.

Метастатическое поражение лимфатических узлов. При поражении лимфатических узлов в количестве до 3 баллы соответствуют числу пораженных узлов, при поражении 4 узлов и более к числу пораженных

узлов прибавляется цифра 2. Например, метастаз в одном лимфатическом узле—1 балл, в двух—2, в четырех—6, в пяти—7 и т. д.

Раковая эмболизация кровеносных и лимфатических сосудов. Наличие раковых эмболов в одном сосуде—2 балла, далее к числу пораженных сосудов прибавляется цифра 2; например, опухолевые эмболы в двух сосудах—4 балла, в трех—5 и т. д. Следует иметь в виду, что при просмотре гистологических препаратов группы раковых клеток, расположенных в центре мелких протоков, особенно в метастазах, под малым увеличением микроскопа можно принять за ангиоинвазию. Однако о ней можно говорить лишь в том случае, когда просматривается эндотелиальная выстилка сосуда, определяемая под большим увеличением микроскопа.

Степень злокачественности. Определение степени злокачественности (СЗ) проводится по критериям международной гистологической классификации опухолей молочной железы № 2 (ВОЗ, 1969). Оценка производится по наиболее злокачественным участкам среза: I СЗ—1 балл, II СЗ—2, III СЗ—3 балла.

Характер роста опухоли (инфильтрирующий и неинфильтрирующий). Неинфильтрирующий рост оценивается в 1 балл, с началом инвазии—2 балла, инфильтрирующий—3 балла. Инвазия в экстрамаммарные ткани и инфильтрация в жировую клетчатку оцениваются по 1 баллу.

Отсутствие благоприятных морфологических показателей—псевдокапсулы и лимфогистиоцитарной инфильтрации стромы—оценивается по 1 баллу соответственно.

Реактивные изменения в регионарных лимфатических узлах. Отсутствие прогностически благоприятного выраженного синус-гистиоцитоза ($1/2$ и более среза лимфатического узла с расширенными синусами заполнена гистиоцитами) оценивается в 1 балл.

Результаты многолетних наблюдений дают возможность отнести к благоприятным морфологическим показателям при раке молочной железы и феномен замещения ткани регионарных лимфатических узлов жировыми клетками, который по нашим данным в группе больных без метастатического поражения лимфатических узлов встречается в 64,3% наблюдений [3]. При отсутствии указанного благоприятного признака выставляется 1 балл.

Макроскопический размер опухоли не относится к числу морфологических показателей, однако нам представляется целесообразным включить его в сводную оценку предлагаемых признаков по двум причинам: с одной стороны, патоморфолог при микроскопическом исследовании опухоли имеет возможность определить ее точные размеры, а с другой—все большее число исследователей придерживается точки зрения относительно существования прямой зависимости между размером опухоли и частотой метастазирования и рецидивирования. Опухоли в диаметре до 1 см оцениваются в 0,5 балла, далее балл соответствует размеру опухоли. Например: 1 см—1 балл, 2 см—2 балла и т. д.

Баллы по всем показателям суммируются и на их основе выводится суммарный индивидуальный морфологический индекс разных степеней—ИМИ I, II, III.

При сумме баллов до 10 морфологические признаки рассматриваются как благоприятные и оцениваются как ИМИ-I. Признаки, менее благоприятные (промежуточные—ИМИ-II), выставляются при сумме баллов от 10 до 15; ИМИ-III—неблагоприятный показатель—выставляется при общей сумме баллов выше 15.

Определение ИМИ при раке молочной железы

Метастазы в регионарн. лимфат. узлы		Опухолевые клетки в сосудах		Степень злокачествен.		Характер роста опухоли	Макроскопич. размер опухоли			Отсутствие благоприятных морфологических показателей	
число лимфат. узлов	балл	число сосудов	балл	степень	балл		вид	балл	в см	балл	морфологические показатели
0	0	1	2	I	1	неинфильтрир.					
1	1	2	4	II	2						
2	2	4	6	III	3	с началом инвазии	2	1	1	лимфоплазмоцитарная инф. стромы	1
3	3	5	7			инфильтрирующий	3	2	2		
4	6	6	8			инвазия в жировую клетчатку	1	3	3	синус-гистиоцитоз лимфатическ. узл.	1
5	7	и т. д.				инвазия в экстрамаммарные ткани	1	4	4	жировое замещен. лимфатич. узлов	1
6	8										
и т. д.											

Примечание. ИМИ-I—до 10 баллов, ИМИ-II—10—15 баллов, ИМИ-III—свыше 15 баллов.

Предлагаем сводную таблицу оценки индивидуальных морфологических признаков, влияющих на прогноз заболевания.

Следует отметить, что при определенном навыке, по аналогии с определением степени злокачественности, выведение ИМИ не вызывает никаких затруднений и не требует затрат дополнительного времени.

В своем заключительном диагнозе патоморфолог вместо перечисления и детального описания индивидуальных морфологических признаков рака молочной железы указывает индивидуальный морфологический индекс (ИМИ—I, II, III) соответствующего прогностического значения, учитываемый клиницистом при определении прогноза заболевания и выборе наиболее оптимальной схемы лечения больного.

Заключение патоморфолога оформляется следующим образом. Например: инфильтрирующий дольковый рак. В двух лимфатических узлах—метастаз рака. ИМИ-II.

Несмотря на то, что метастатическое поражение лимфатических узлов входит в ИМИ, считаем целесообразным ввиду абсолютного прогностического значения этого признака указывать его в заключительном диагнозе.

ԿԱՆԵՈՐՈՇԻԶ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՁԵՎԱԲԱՆԱԿԱՆ ՀԱՏԿԱՆԻՇՆԵՐԸ ԵՎ
ԱՆՀԱՏԱԿԱՆ ՁԵՎԱԲԱՆԱԿԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇԻ ՈՐՈՇՈՒՄԸ ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԻ
ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Առաջարկվում է կանխորոշիչ նշանակության ձևաբանական ցուցանիշների գնահատում (լիմֆատիկ հանգույցների մետաստատիկ վնասվածք, անգիոինվազիա, ուռուցքի շարորակ աստիճանը, աճի բնույթը, սթրոմալ ռեակցիաները, լիմֆատիկ հանգույցի ռեակտիվ փոփոխությունները) բազային համակարգով գումարային անհատական մորֆոլոգիական ինդեքսի գործընդունով: Վերջինս նշվում է պաթոմորֆոլոգի եզրափակիչ պատասխանում և կլինիցիոստի կողմից հաշվի է առնվում կրծքագեղձի քաղցկեղով հիվանդների բուժման օպտիմալ տակտիկայի ընտրության և անհատական կանխորոշման ժամանակ:

T. G. HOVANESBEKOVA

MORPHOLOGIC MANIFESTATIONS OF PROGNOSTIC VALUE AND
DETERMINATION OF THE INDIVIDUAL INDEX IN COMEDOCARCINOMA

The results of the morphologic indices' analysis at comedocarcinoma are given. The mark system of their estimation is proposed, which allows to find out the total individual morphologic index. This approach to the evaluation of the morphologic indices helps in determination of the individual prognosis of the disease.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Зарацян А. К. Ж. экспер. и клин. мед. АН АрмССР, т. XXIII, 2, 1983, с. 128
2. Мкртчян Л. Н., Ованесбекова Т. Г., Галстян А. М. Ж. экспер. и клин. мед. АН АрмССР, 1982, 2, с. 135.
3. Ованесбекова Т. Г. В кн.: Метастазирование злокачественных опухолей (новые подходы). Киев, 1987, с. 95.
4. Федин Ю. В., Ермилова В. Д. Вопр. онкол., 1984, 11, с. 38.
5. Bloom H., Freid S. Cancer (Philad.), 1971, 28, 6, 1580.
6. Brady L., Cox S., Marcol A. J. Radiol. Oncol. Biol. Phys., 1986, 12, 4, 705.
7. Durand M. Bull. Cancer, 1984, 71, 4, 331.
8. Ficher E. Nat. Cancer In-st. Monogr., 1986, 1, 2.
9. Ficher E., Redmond C., Ficher B. Cancer, 1980, 4, 908.
10. Fuster E., Garcia-Vilanova A. et al. Cancer (Philad.), 1983, 52, 4.
11. Hartvief P., Tangen M., Halvorsen S. Clin. Oncol., 1983, 9, 3, 239.
12. Murayama Y., Ogiwara H. Jap. J. Cancer Clin., 1981, 30, 4, 353.
13. Nealon T., Kongho A. et al. Ann. Surg., 1979, 190, 2, 129.
14. Polk H. Cancer (Philad.), 1986, 57, 3, 411.
15. Rapin V., Gadenne C., Mouriesse H. Bull. Cancer, 1983, 72, 4, 350.
16. Rosen P., Saigo P., Braun D. Ann. Surg., 1981, 193, 1, 15.
17. Salvadert B. Tumori, 1983, 69, 5, 477
18. Spinelli G., Micollit P. et al. J. Oncl., 1986, 7, 3, 414.
19. Stenkvist B., Bengtsson E. et al. Cancer, 1982, 50, 12, 2884.