

У пациентов со злокачественными новообразованиями нередко непосредственные результаты были положительными, однако в отдаленном периоде возникал рецидив или продолженный рост опухоли, несмотря на проводимые курсы лучевой и химиотерапии.

В заключение отметим, что хирургическое лечение пациентов с объемными процессами краниоорбитофациальной области должно проводиться в специализированном лечебном учреждении, где возможно проведение всего комплекса диагностических и лечебных мероприятий, при необходимости, с привлечением специалистов смежных дисциплин. Удаление новообразования должно быть выполнено в ранние сроки с момента начала заболевания, по возможности, одновременно и максимально радикально.

ПАТОЛОГИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сапожникова О.Н., Демидов С.М., Лисовская Т.В.
г. Екатеринбург

Цель работы: Изучение патологии гепатобилиарной системы у больных с различными заболеваниями молочной железы.

Материалы и методы. Было обследовано 80 больных с верифицированными диагнозами. Из них: 1 группа (20 человек) с мастопатией молочной железы без пролиферации, 2 группа (20 человек) – с фиброаденомой, 3 группа (20 человек) – с дисплазией 2-3 степени и 4 группа (20 человек) – с раком молочной железы. Всем больным проводился общий и биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и пункционная биопсия печени.

Результаты. При обследовании больных с новообразованиями молочной железы был выявлен ряд объективных симптомов, подтверждающих заинтересованность гепатобилиарной системы.

При мастопатии и фиброаденоме молочной железы преобладали такие симптомы, как болезненность при пальпации в эпигастральной области – у 6 женщин (30%). «Пузырная» симптоматика (симптомы Кера, Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского) была выявлена у 1-го человека при мастопатии, у 2-х женщин при фиброаденоме, дисплазии 2-3 ст. и при раке молочной железы.

Субъиктеричность склер и желтушность кожного покрова были отмечены у 1-го человека при мастопатии, у 4-х женщин (20%) – при дисплазии 2-3 ст., у 8 женщин (40%) – при раке молочной железы.

Симптом гепатомегалии был выявлен у 4-х пациенток (20%) с мастопатией, у 3-х (15%) с фиброаденомой и дисплазией 2-3 ст., у 6 женщин (40%) при раке молочной железы. Печень при пальпации была плотноватая, край печени гладкий, ровный, слабоболезненный. При определении размеров по Курлову отмечалось равномерное увеличение правой и левой доли печени, но не более чем на 1-2 см ниже реберной дуги.

Методом биохимического анализа крови исследовались щелочная фосфатаза (ЩФ), аминотрансферазы (АСТ/АЛТ), холестерин и гамма-глутамин-транспептидаза (ГГТП).

Анализируя полученные данные, можно отметить, что уровень трансаминаз возрастает параллельно степени злокачественности заболевания молочной железы, что является, очевидно, проявлением реактивного гепатита. У больных с мастопатией без пролиферации – АСТ=23,05±8,44 ед., АЛТ=23,65±9,98 ед.; с дисплазией молочной железы 2-3 степени – АСТ=34,35±19,51, АЛТ=37,55±16,16; с раком молочной железы – АСТ=40,1±18,35 ед., АЛТ=45,35±15,10 ед. (при норме до 40 ед.)

Неуклонно повышается уровень холестерина по мере озлокачествления процесса в молочной железе: при мастопатии без пролиферации Хс=5,06±0,73, при фиброаденоме – 5,23±1,11 ммоль/л, при дисплазии 2-3 ст. – 5,69±1,21, при раке – 5,83±1,26 ммоль/л (при норме до 5,5 ммоль/л). При этом уровень холестерина при раке (80%) достоверно выше чем в группах с мастопатией без пролиферации (10%) молочной железы, (p<0,01).

Выявленное повышение уровня холестерина подтверждает мнение Дилмана В.М. и соавт. (1983 г.) о некоторых химических канцерогенах (такие, как диметилбензантрацен), инициирующих развитие онкологических образований, в том числе опухолей молочной железы, повышающих концентрацию в крови триглицеридов и холестерина, и способствует появлению большого количества липидогенных пигментов (липофусцина) в печеночной ткани.

Анализ уровня ГГТП и ЩФ показал, что наименьшие показатели характерны для пациентов с доброкачественными заболеваниями молочной железы: ГГТП – 24,9±14,01 ммоль/л, ЩФ – 127,1±53,30 ед. (при норме ЩФ до 258 ед., ГГТП до 50 ммоль/л). При усилении пролиферативно-диспластических процессов в эпителии молочной железы наблюдается достоверное (p<0,05) нарастание уровня этих ферментов в крови: при дисплазии 2-3 степени – ГГТП=50,6±11,99, ЩФ=224,3±65,3; при раке молочной железы зафиксирован уровень ГГТП 54,9±20,61; ЩФ 241,2±54,4.

Эти показатели косвенно свидетельствуют о нарушении нормального функционирования гепатоцита и возникают, возможно, в результате отложения в клетке липофусцина, который приводит к явлению внутрипеченочного холестаза и повышению уровня ГТП и щелочной фосфатазы в биохимическом анализе крови.

При анализе УЗИ брюшной полости выявлено, что нет достоверного увеличения размеров печени при озлокачествлении процесса в молочной железе, но по мере нарастания пролиферативных процессов происходят изменения в структуре и экзогенности ткани печени. При мастопатии структура печени была однородна у всех 20 пациенток; при дисплазии 2-3 ст. неоднородность структуры печени была обнаружена у 25% больных, а при раке молочной железы – у 35% больных.

Неоднородность ткани печени при ультразвуковом исследовании была, как правило, в виде бесформенных участков различной плотности, либо печеночных клеток с зернистой структурой. При раке молочной железы неоднородность печени у 2-х больных, по данным УЗ-исследования, представляла собой множественные очаговые образования. Этим больным проведено дополнительное обследование: компьютерная томография печени, при которой эти очаги были расценены как множественные метастазы. Повышение экзогенности выявлено у 8 (40%) больных при мастопатии, 10 (50%) – при фиброаденоме, 15 (75%) – при дисплазии 2-3 степени, при раке молочной железы – у 20 (100%) больных, что может быть признаком реактивных процессов, происходящих в ткани печени при заболевании молочной железы. При проведении пункционной биопсии печени у большинства больных была обнаружена морфологическая картина липофусциноза печени, либо реактивного гепатита. При мастопатии без пролиферации отложение липофусцина выявлено у 6 (30%) пациенток, явления реактивного гепатита – у одной больной. При дисплазии 2-3 ст.: липофусциноз гепатоцитов – у 9 больных (45%), реактивный гепатит – у 8 пациенток (40%). При раке молочной железы: липофусциноз – у 10 больных (50%), реактивный гепатит – у 8 женщин (40%).

Выводы. Данные субъективного и объективного обследования больных с различными заболеваниями молочной железы свидетельствуют о наличии патологии гепатобилиарной системы, которая усугубляется в процессе нарастания пролиферативно-диспластических процессов в молочной железе. Это требует более полного обследования таких больных и диктует необходимость проведения гепатопротективной терапии пациенткам с заболеваниями молочной железы.