



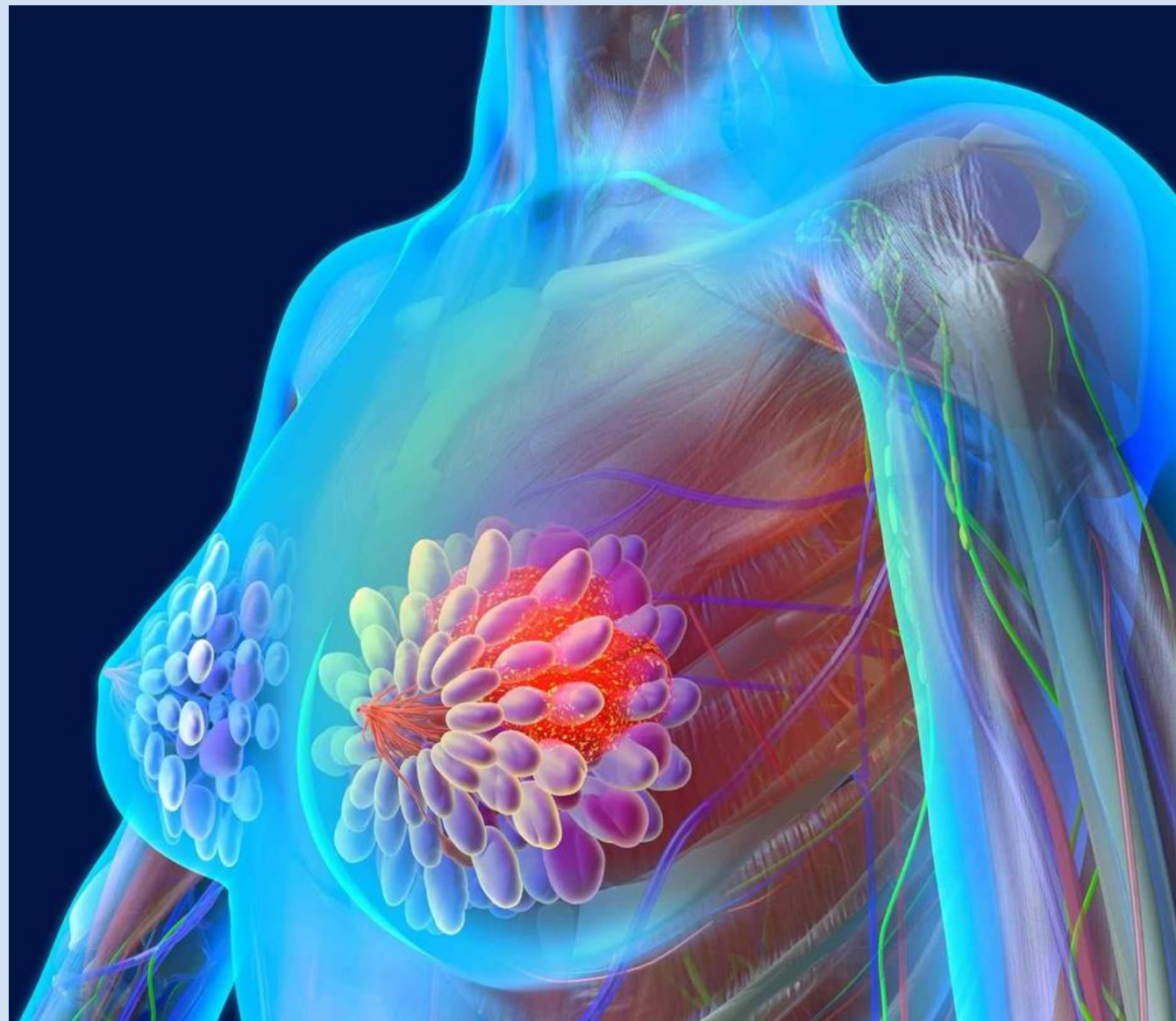
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава РФ
Кафедра патологической анатомии

**ДИНАМИКА ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ
ИЗМЕНЕНИЙ В ТКАНЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-ОТЕЧНОЙ ФОРМЕ
РАКА ПОСЛЕ ИНДУКЦИОННОЙ
ХИМИОТЕРАПИИ**

**Работу выполнили:
студент III курса лечебного факультета Худоев Роман
студентка III курса лечебного факультета Слюсарь Анастасия**

Научный руководитель: к.м.н., доцент Верёвкин А. А.

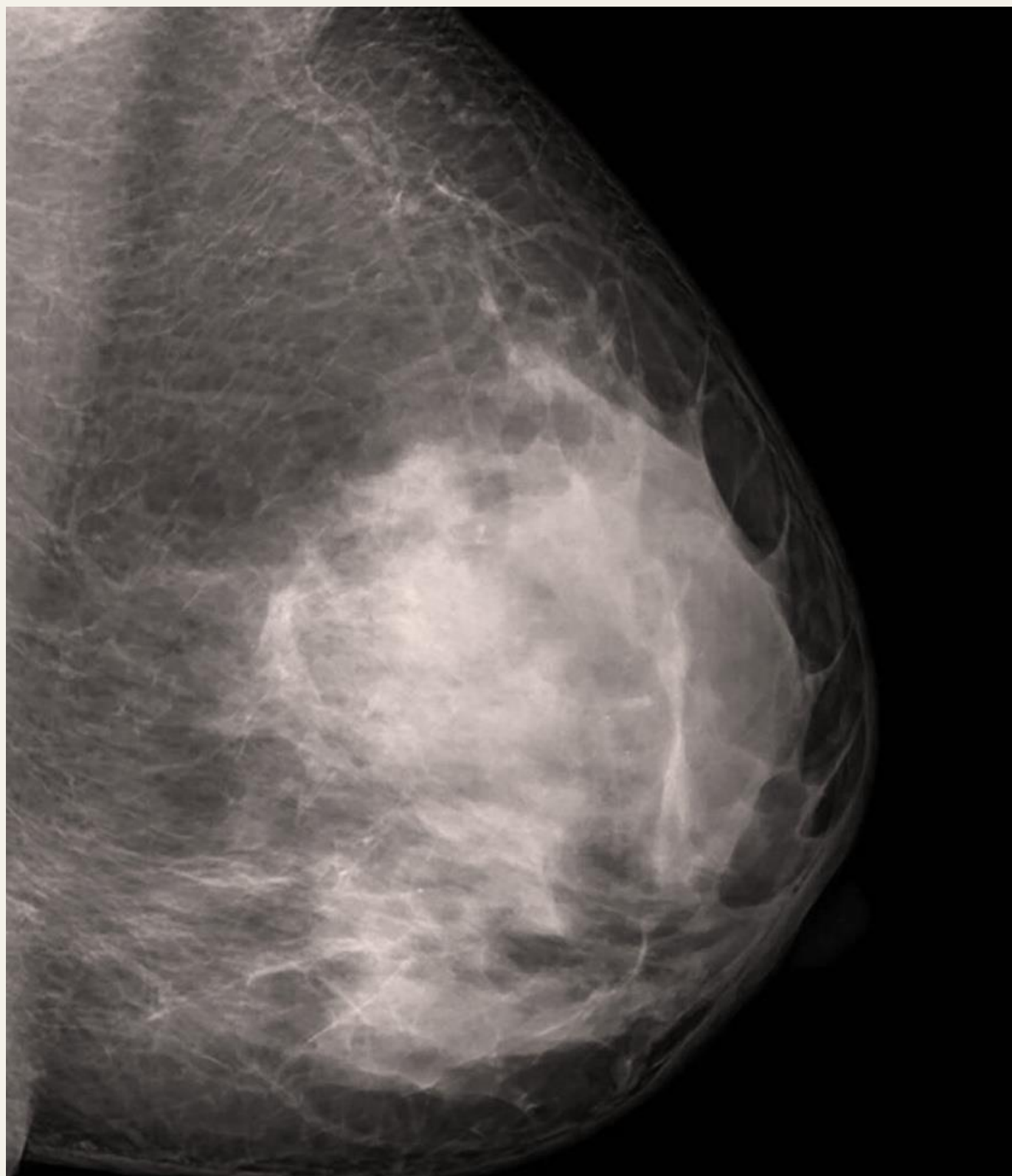
АКТУАЛЬНОСТЬ РАБОТЫ:



Определение влияния индукционной, или неоадьювантной, химиотерапии на патологические изменения в тканях молочной железы.

Под отёчно-
инфильтративной
формой рака молочной
железы (РМЖ) понимают
варианты болезни,
сопровождающиеся
отёком и/или гиперемией
кожи молочной железы.



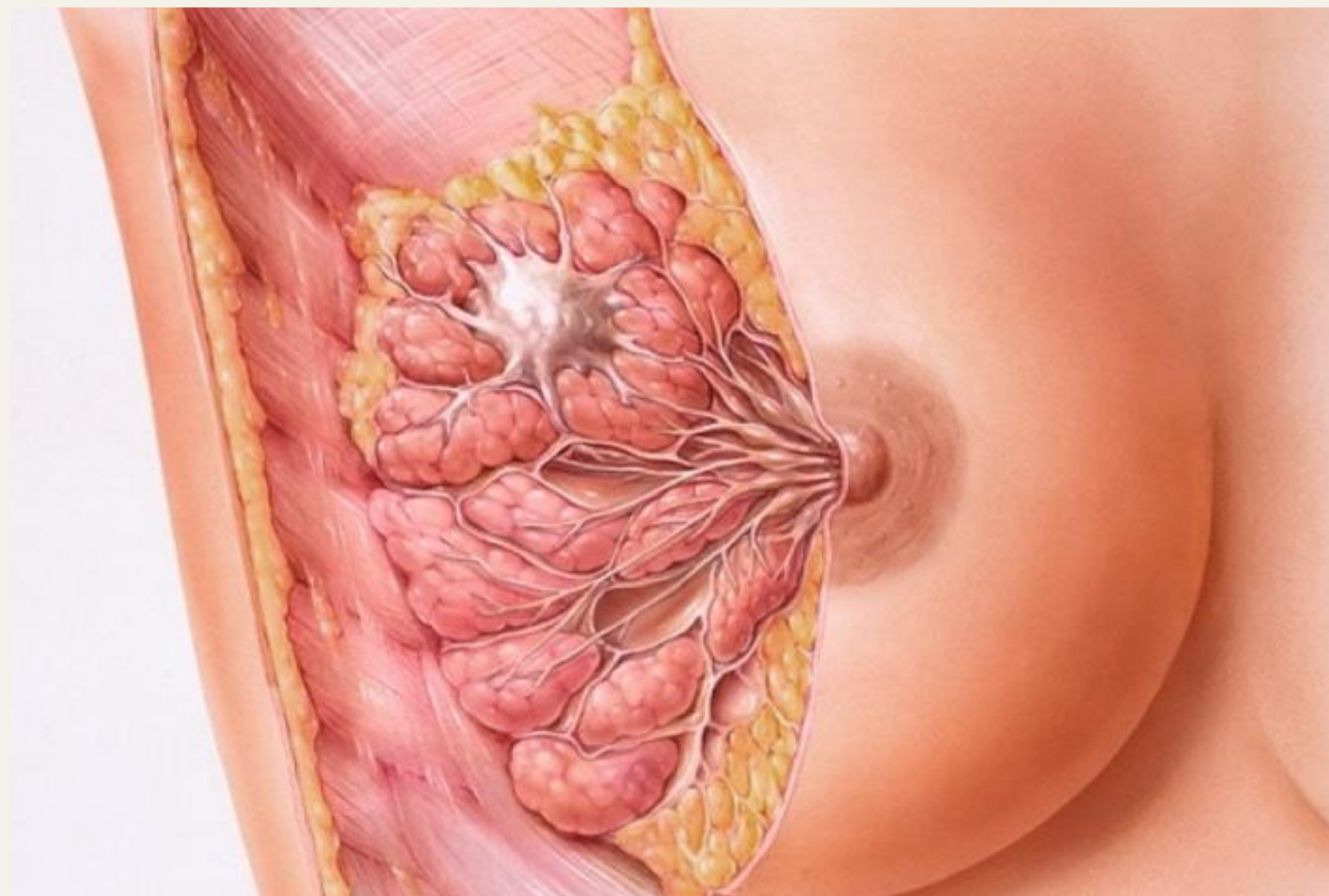


ИСТИННАЯ ОИФ:

Для истинной или первичной отечно-инфильтративной формы (ОИФ) РМЖ характерно диффузное распространение опухоли по тканям молочной железы, отсутствие выявляемого первичного опухолевого узла и плохой прогноз.

ВТОРИЧНАЯ ОИФ:

Сходный прогноз наблюдается и при вторичной ОИФ, то есть узловой форме РМЖ, сопровождающейся вторичным отёком кожи.

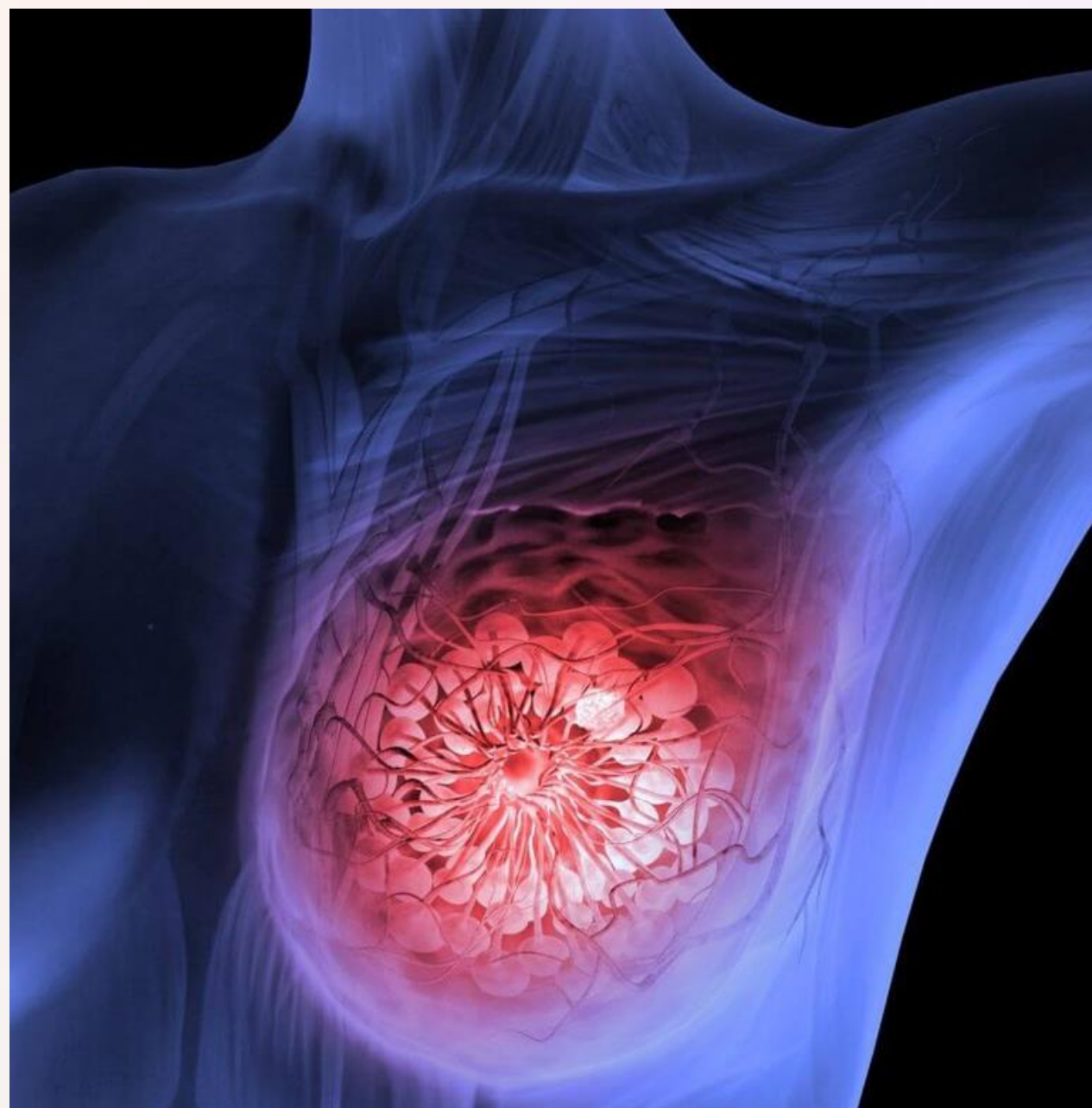


ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ, НЕ ПОЛУЧАВШИХ НЕОАДЬЮВАНТНУЮ
ИЛИ АДЬЮВАНТНУЮ ТЕРАПИЮ, ОЧЕНЬ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ.

При наличии отёка кожи:

•5-летняя
безрецидивная
выживаемость (БРВ)
равна 21%, общая
выживаемость (ОВ) –
26%

•10-летняя БРВ и ОВ равны 0%

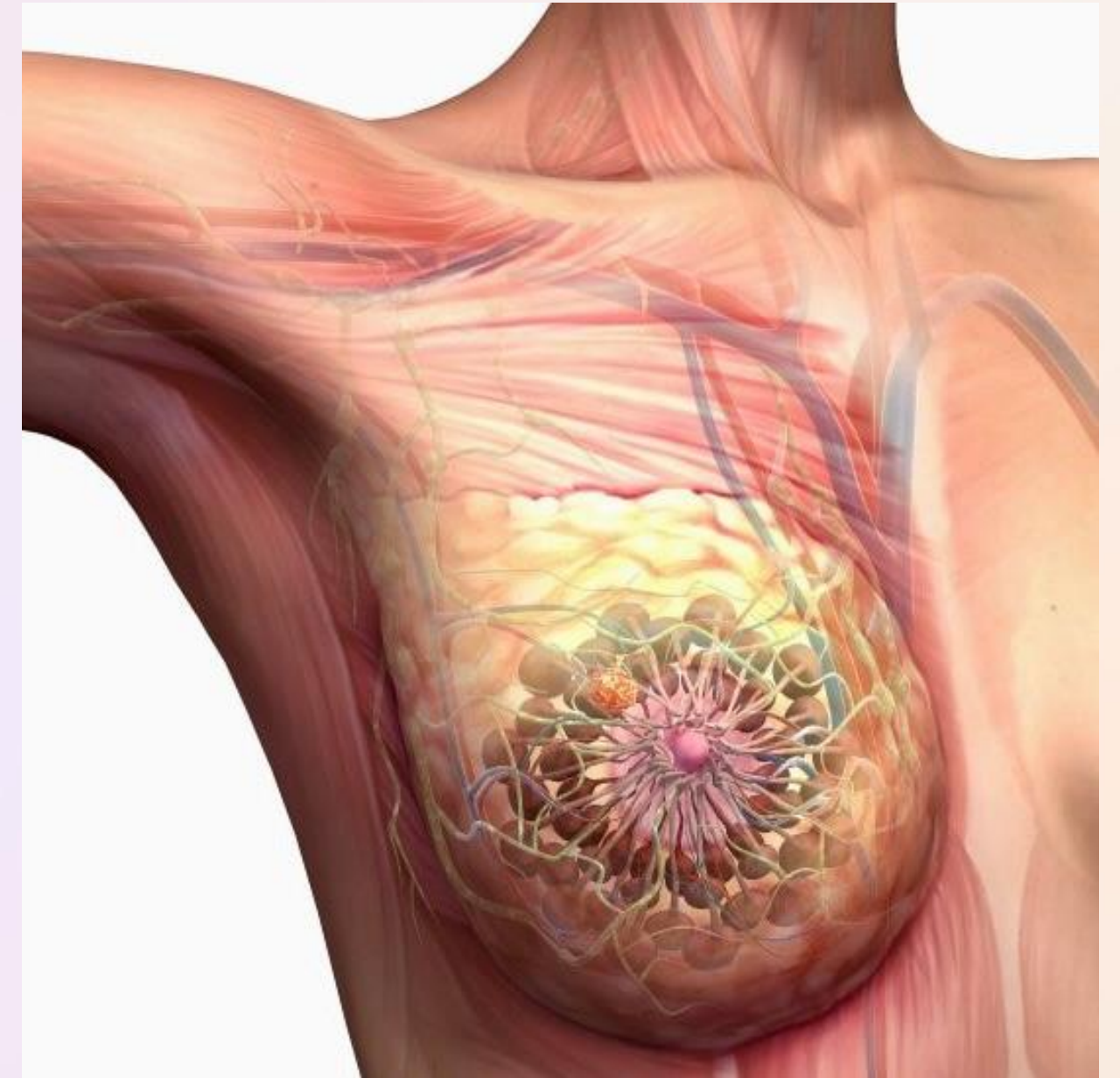


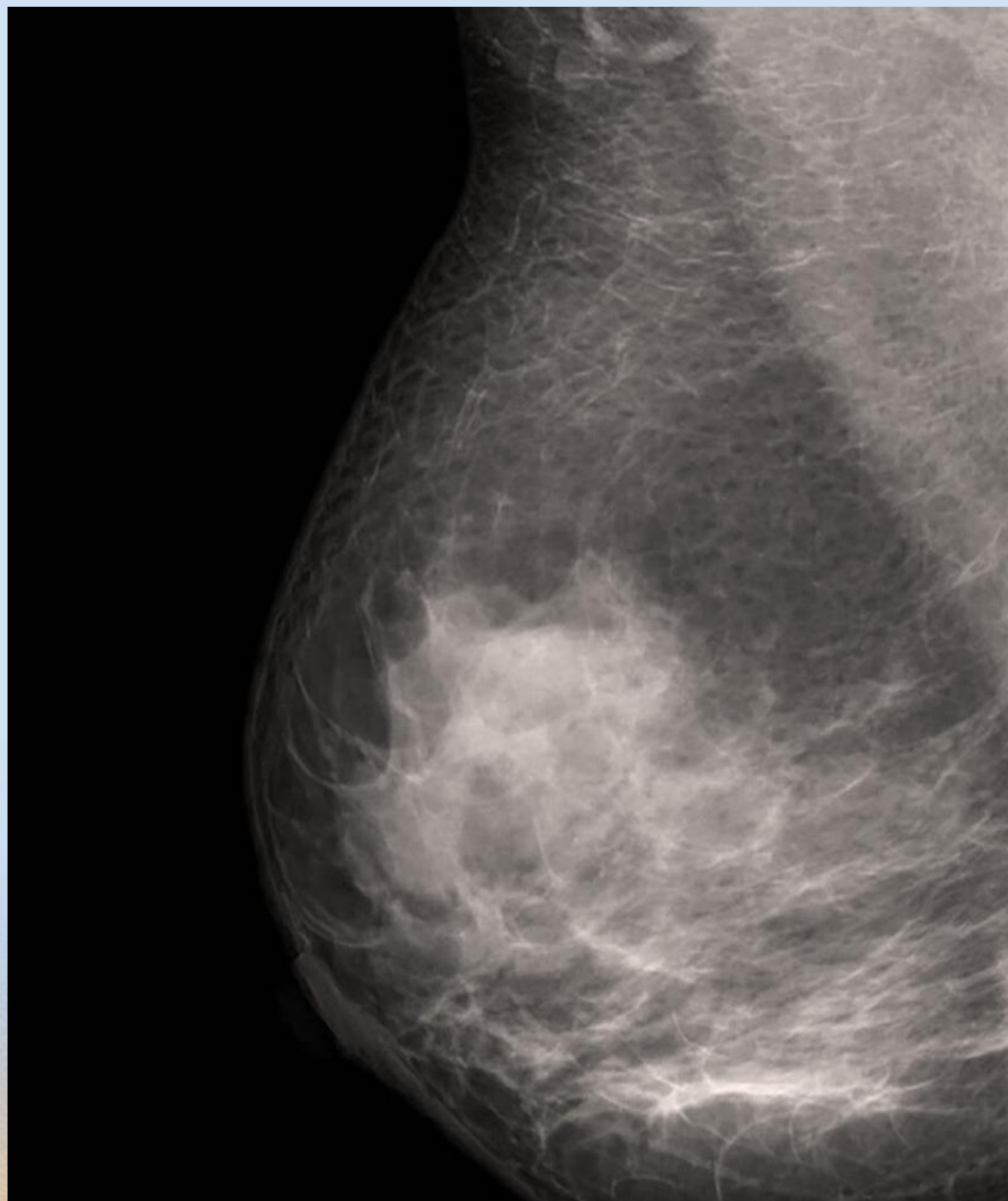
ОДНИМ ИЗ ВАЖНЕЙШИХ
ФАКТОРОВ В ПРОГНОЗЕ ЛЕЧЕНИЯ
ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ
ПОРАЖЕНИЯ ТКАНИ МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ В ПРОЦЕНТНОМ
СООТНОШЕНИИ И ПРОВЕДЕНИЕ
ЛЕЧЕНИЯ (ИНДУКЦИОННОЙ
ТЕРАПИИ).

Чем меньше процент поражения ткани, тем выше
вероятность успешного лечения , а также степень
терапевтического патоморфоза после индукционной
терапии.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ
ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ
ОПУХОЛИ НА КЛЕТОЧНОМ УРОВНЕ И
ПРОЯВЛЯЕТСЯ ДИСТРОФИЕЙ И
АПОПТОЗОМ КЛЕТОК,
ФОРМИРОВАНИЕМ ПОЛЕЙ НЕКРОЗА,
РАЗВИТИЕМ ОЧАГОВ ФИБРОЗА И
СКЛЕРОЗА.

Кроме того, в этих очагах отмечаются
вторичные реактивные изменения —
кровоизлияние разной степени
давности с отложениями
гемосидерина, скоплениями
гемосидерофагов, очаговой
воспалительной инфильтрацией.





Объективный клинический эффект определяется степенью уменьшения опухоли, числа и размеров патологически измененных лимфатических узлов при инструментальных методах исследования. При сравнении точности данных физикального и ультразвукового исследований, маммографии и магнитно-резонансной томографии, макро- и микроскопической оценок установлено, что наиболее точным методом является морфологическая оценка патоморфоза опухоли.

СТЕПЕНИ ПАТОМОРФОЗА:



К **IV степени патоморфоза** относят полное исчезновение паренхиматозных элементов опухоли. В этом случае в препаратах иногда могут определяться лишь «следы» бывшей опухоли, очагов некроза, лишенных клеточных элементов.

При **III степени патоморфоза** структура опухоли резко нарушена за счет фиброзного замещения, обширного некроза или круглоклеточной инфильтрации, выраженных в разных опухолях в неодинаковой степени; на этом фоне определяют остатки опухоли в виде разрозненных групп паренхиматозных клеток, обычно с резкими дистрофическими изменениями.

СТЕПЕНИ ПАТОМОРФОЗА:



При **II степени патоморфоза** относят облученные опухоли, в которых, несмотря на сохранение основной массы паренхимы, отчетливо видны очаги регрессивных изменений различного характера при наличии выраженных дистрофических изменений в клетках.

При **I степени патоморфоза** заметных изменений в общей структуре опухоли отметить не удастся, имеются лишь несвойственные данному новообразованию полиморфизм и дистрофия клеток, а также подавление митозов.

ВЫВОДЫ:

Благодаря определению патогистологической структуры опухоли молочной железы, а также степени патоморфоза можно определить дальнейшую тактику лечения и повлиять на безрецидивную и общую выживаемость.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!