

1-вопрос. Вредные привычки, связанные с попаданием в организм канцерогенных веществ. На первое место здесь, конечно же, ставят курение. Значение так же придают и особенностям питания с употреблением копченых, острых и жареных продуктов, алкоголя. Но роль при этом канцерогенных веществ остается спорной. Связь вредных привычек с раком большей частью не прямая, а через их раздражающее действие на слизистые и предраковые заболевания, причиной которых эти вредные привычки являются. Например, курение как правило является причиной хронического бронхита; нарушения в питании - причиной гастритов и язвенной болезни. Борьба с курением, ограничение количества копченых, жареных и острых блюд в питании ведет к снижению нагрузки на органы, снижению риска возникновения предраковых заболеваний, а следовательно и злокачественных опухолей.

2-вопрос.

Диагноз лимфогранулематоза может быть установлен только на основании гистологического

исследования, после биопсии лимфатического органа или узла.

Доказательством наличия лимфогранулематоза является обнаружение клеток Березовского—Рид—Штернберга.

Соответственно Международной морфологической классификации (Raje Classification) различают 4 варианта лимфогранулематоза:

1. Лимфогистиоцитарный вариант (лимфоидное преобладание).
2. Вариант нодулярного склероза.
3. Смешанно-клеточный вариант.
4. Вариант лимфоидного истощения.

Распространенность опухолевого процесса определяется в соответствии с клинической

классификацией, принятой в 1971 г. на конференции по злокачественным лимфомам в американском городе Ann-Arbor.

◆ I стадия — поражение одной лимфатической зоны (I) или локализованное поражение одного экстралимфатического органа или ткани (IE).

◆ II стадия — поражение двух или более лимфатических областей по одну сторону диафрагмы (II) или локализованное поражение одного экстралимфатического

органа или ткани и их регионарных лимфатических узлов с/или без других лимфатических областей по ту же сторону диафрагмы (HE).

◆ III стадия — поражение лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы (III), которое может сочетаться с локализованным поражением одного экстралимфатического органа или ткани (ШЕ), или с поражением селезенки (IIIS), или с поражением того и другого (IIIЕ+S).

◆ IV стадия — диссеминированное поражение одного или нескольких экстралимфатических органов, с или без поражения лимфатических узлов; или изолированное поражение экстралимфатического органа с поражением отдаленных лимфатических узлов.

Поражение селезенки обозначается символом «S» (стадии IS, IIS, IIIS);

символом «E» — локализованное экстранодальное поражение (стадии IE, IIE,

IIIЕ). Символом «В» обозначается наличие одного или более из следующих симптомов: ночные профузные поты, повышение температуры выше 38 °С не менее 3 дней подряд без признаков воспалительного процесса, потеря 10 % веса за последние 6 месяцев; символом «А» — отсутствие вышеуказанных симптомов.

3-вопрос

Рак молочной железы может быть в виде диффузной формы (отечно-инфильтративный рак) и узловой формы.

Узловая форма рака молочной железы Возможна в виде одного или нескольких узлов. Размеры опухоли связаны с темпами роста и временем их выявления.

Существует специфика эхографических изображений двух морфологических вариантов узловой формы раков молочной железы - хорошо отграниченных опухолей с экспансивным характером роста и плохо отграниченных раков (скиррозного или звездчатого) с инфильтративным типом роста. Форма и контуры этих опухолей оцениваются в соответствии с характером их роста.

При инфильтративном росте опухоль чаще имеет неправильную форму, отмечается неровность её контуров за счет вовлечения в патологический процесс многих структур молочной железы. Контуры опухоли становятся еще более неровными при сочетании с десмоплазией (вторичным фиброзом) окружающих тканей. Десмоплазия является ответной реакцией на процессы опухолевой инфильтрации окружающих тканей и характеризуется повышением эхогенности окружающей жировой клетчатки в виде неровного гиперэхогенного ободка вокруг опухоли и другими изменениями, вызванными стягиванием фиброзных волокон и стромы.

При экспансивном (раздвигающем) характере роста опухоли имеют правильную округлую или овальную форму, хорошо очерченные или немного размытые контуры. Опухоль раздвигает окружающие ткани, при этом происходит их сжатие и деформация, но не разрушение..

Узловые формы инфильтративного рака молочной железы

Раки, дающие звездчатый рисунок, независимо от формы (инфильтративный, протоковый, дольковый) имеют скиррозное строение. Наиболее часто в центре таких опухолей преобладают участки фиброзной, иногда гиалинизированной стромы. По периферии опухоли располагаются комплексы опухолевых клеток эпителиальной природы. Реже отмечается равномерное распределение паренхимы и стромы в узле опухоли.

Установлено, что преобладание соединительнотканного компонента в опухоли способствует большему затуханию ультразвуковых волн, вследствие чего ухудшается

визуализация тканей, расположенных позади опухоли. Для скirrosной формы раков характерно большое содержание соединительной ткани (до 75%).

Одним из вариантов инвазивного, или инфильтрирующего, злокачественного процесса в молочных железах является инфильтративный протоковый рак.

Инфильтративный протоковый рак может иметь обширное внутрипротоковое распространение, которое не всегда может быть определено во время операции и впоследствии может дать локальные рецидивы.

Узловые формы рака с экспансивным характером роста (хорошо отграниченные)

Узловые формы хорошо отграниченных раков включают медуллярный, муцинозный, папиллярный и некоторые протоковые раки и саркомы (которые составляют маленький процент злокачественных опухолей молочной железы). Хотя эти опухоли в процессе своего роста сдавливают окружающие ткани, они практически не вызывают или вызывают минимальные фиброзные изменения окружающих тканей.

Медуллярные и муцинозные (коллоидные) раки могут напоминать комплекс кист с гипозоогенным содержимым. Медуллярные раки имеют округлую или дольчатую форму кистозно-солидного строения, хорошо отграничены от окружающих тканей, не имеют капсулы. Коллоидные раки - это редкие, медленно растущие опухоли, клетки которых продуцируют слизистый секрет. Эти опухоли возникают в возрасте 50-60 лет.

Полостной или внутриполостной рак является редкой формой злокачественной опухоли молочной железы. Гистологически это папиллярный рак, возникающий из стенки кисты.

Рак начинается большей частью в протоках разного размера, преимущественно мелких. Значительно реже процесс начинается в эпителии долек, давая развитие дольковому раку молочной железы. Эти формы являются исходными для всех других вариантов рака данной локализации.

Таким образом, с точки зрения морфологии рак молочной железы представлен тремя большими группами:

Неинфильтрирующие опухоли:

внутрипротоковый рак;

дольковый рак

Инфильтрирующие опухоли:

инфильтрирующий протоковый рак;

инфильтрирующий протоковый рак с преобладанием внутрипротокового компонента;

инфильтрирующий дольковый рак;

слизистый рак;

медуллярный рак;

папиллярный рак;

тубулярный рак;

аденокистозный рак;

секреторный ( ювенильный) рак;

апокриновый рак;

рак с метаплазией ( плоскоклеточного, веретенноклеточного, хондроидного, остеоидного, смешанного типов);

другие

Болезнь Педжета соска