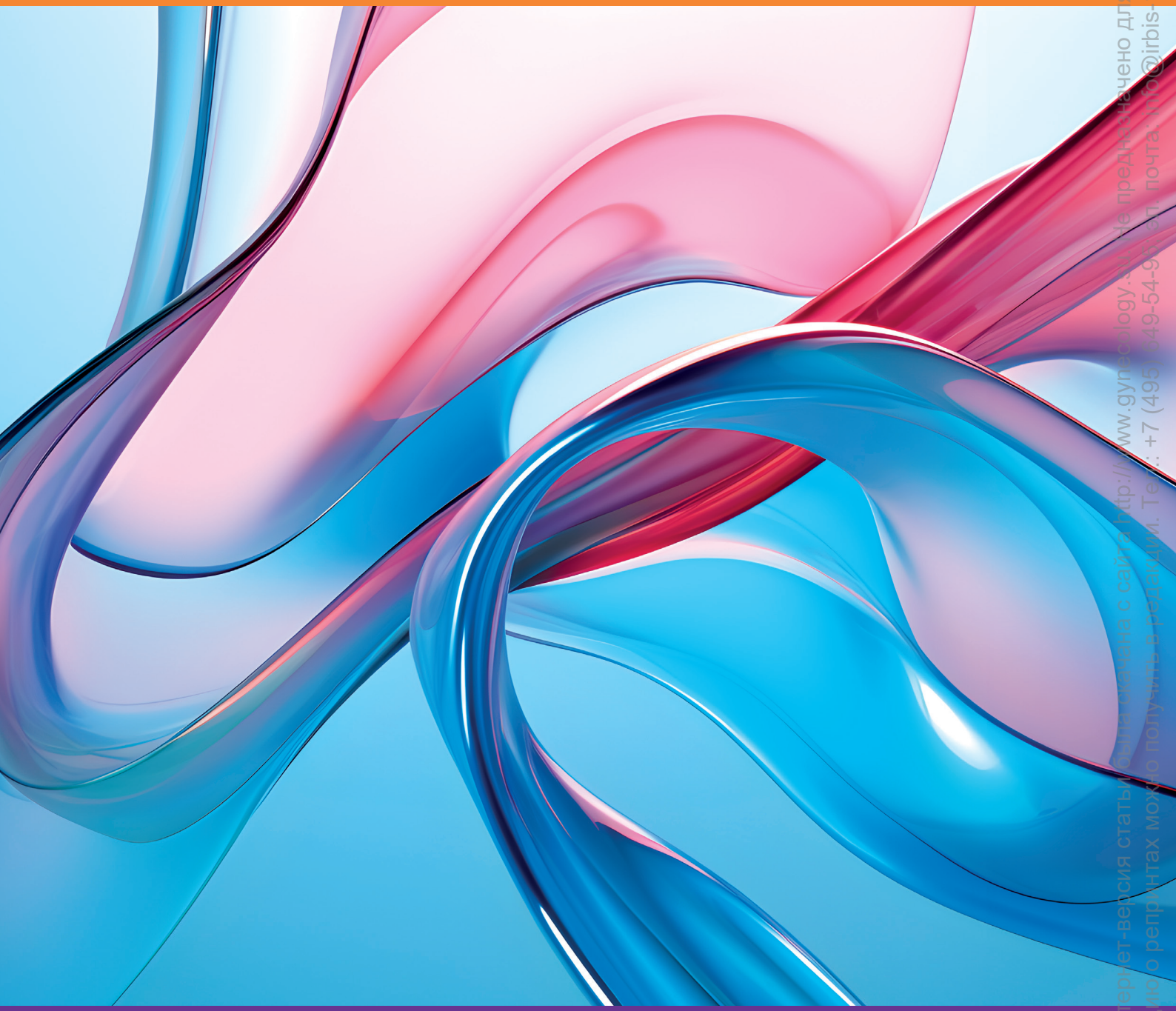
ISSN 2313-7347 (print)
ISSN 2500-3194 (online)

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих рецензируемых журналов и изданий ВАК

2024 • том 18 • № 5



OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND REPRODUCTION

2024 Vol. 18 No 5

https://gynecology.su

Данная интернет-версия статьи скопирована с сайта http://www.gyn-cology.ru. Все предоставлено для использования в коммерческих целях.
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-96, эл. почта: info@irbis-1.ru.

ISSN 2313-7347 (print)
ISSN 2500-3194 (online)

BY-NC-SA Check for updates

https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2024.518

Выбор лечебной тактики у пациентки с диагнозом рак молочной железы и новообразованием легкого

Н.Ю. Германович, М.Ю. Пикунов, Т.А. Щеголькова, И.М. Мищенко

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 115093 Москва, Большая Серпуховская ул., д. 27

Для контактов: *Инна Михайловна Мищенко, e-mail: Inna-mishenko2013@yandex.ru*

Резюме

Рак молочной железы (РМЖ) длительное время занимает лидирующую позицию в структуре онкологических заболеваний среди женского населения в мире. По данным статистики, метастазирование РМЖ в легочную ткань составляет 21–32 % всех случаев отдаленного метастазирования. Метастазы в легкие, как правило, возникают в течение 5 лет после первоначального диагноза РМЖ, чаще поражая периферические отделы легкого, что объясняет сложность их дифференциальной диагностики. Кроме того, они оказывают значительное влияние на течение заболевания и выживаемость пациентов, в связи с чем каждый случай сочетанной патологии в виде РМЖ и солидного новообразования легкого представляет интерес с точки зрения клинико-патологических особенностей, равно как и диагностического подхода, с последующим выбором тактики хирургического лечения. Очевидно, что лечебная концепция в подобных случаях строится на знании морфологической структуры первичной опухоли и подтверждении метастатического процесса. Однако в случае малого размера легочного очага высказаться о характере процесса затруднительно. Лечебно-диагностическая тактика в подобных случаях в настоящее время подробно не разработана. На клиническом примере сочетания РМЖ и единичного очагового образования легкого малых размеров мы предлагаем эффективную схему диагностики и лечения пациентов в подобных случаях.

Ключевые слова: рак молочной железы, РМЖ, отдаленное метастазирование, аденофиброма легкого, солитарная фиброзная опухоль

Для цитирования: Германович Н.Ю., Пикунов М.Ю., Щеголькова Т.А., Мищенко И.М. Выбор лечебной тактики у пациентки с диагнозом рак молочной железы и новообразованием легкого. *Акушерство, Гинекология и Репродукция*. 2024;18(5):735–742. https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2024.518.

The choice of therapeutic tactics in a patient with diagnosed breast cancer and lung neoplasm

Natalia Yu. Germanovich, Mikhail Yu. Pikunov, Tatyana A. Shchegolkova, Inna M. Mishchenko

Vishnevsky National Medical Research Centre of Surgery, Health Ministry of Russian Federation; 27 Bolshaya Serpukhovskaya Str., Moscow 115093, Russia

Corresponding author: *Inna M. Mishchenko, e-mail: Inna-mishenko2013@yandex.ru*

Abstract

Breast cancer (BC) has long held a leading position in oncology disease pattern among global female population. Statistics data show that BC metastasis to lung tissue accounts for 21–32 % of all distant metastasis cases. Pulmonary metastases usually occur within 5 years after initial BC diagnosis, more often affecting peripheral lung parts, which explains the difficulty for their differential diagnosis. In addition, they profoundly impact on disease course and patient survival rate, so that each case of combined pathology such as BC and lung solid neoplasm is of interest in terms of clinicopathologic features as well as the diagnostic approach, with subsequent choice of surgical treatment tactics. Obviously, a therapeutic strategy in such cases is based on knowing primary tumor morphological structure and verifying metastatic process. However, in case of small sized pulmonary focus, it is difficult to identify a modality of ongoing process. Currently, no therapeutic and diagnostic tactics in such cases have been developed in detail. Assessing the clinical case of a combined BC and a single small-sized focal lung mass, we propose an effective diagnostics and treatment scheme.

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта http://www.gynecology.su. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru.

Keywords: breast cancer, BC, distant metastasis, pulmonary adenofibroma, solitary fibrous tumor

For citation: Germanovich N.Yu., Pikunov M.Yu., Shchegolkova T.A., Mishchenko I.M. The choice of therapeutic tactics in a patient with diagnosed breast cancer and lung neoplasm. *Akusherstvo, Ginekologia i Reprodukcia = Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2024;18(5):735–742. (In Russ.). https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2024.518.

Основные моменты

Что уже известно об этой теме?

- Метастатический рак молочной железы (РМЖ) – это гетерогенная группа заболеваний с различными клиническими проявлениями. Встречается как солитарное (одиночное или олигометастатическое), так и множественное, или диффузное, поражение того или иного органа.
- У 3 % женщин с верифицированным РМЖ рентгенологически обнаруживают солитарную тень в легком, интерпретируемую как метастатический очаг. Метастазирование РМЖ в легочную ткань составляет 21–32 % всех случаев отдаленного метастазирования, в 60–70 % случаев приводит к летальному исходу.
- Когда размер легочного узла менее 1 см или его расположение неблагоприятно для проведения диагностической пробы, хирургическое вмешательство является методом подтверждения патоморфологического диагноза легочных узлов у пациентов с диагнозом РМЖ.

Что нового дает статья?

- Приведен лечебно-диагностический алгоритм лечения пациенток с диагнозом РМЖ и очаговым периферическим новообразованием легкого.
- Продемонстрирована роль хирургического вмешательства, а именно, видеоторакоскопической резекции легкого со срочным гистологическим исследованием как метода верификации диагноза и определения морфологической природы новообразования.
- Разработана двухэтапная хирургическая тактика, одномоментно исключающая вторичный характер образования в легком, с последующим удалением первичного очага.

Как это может повлиять на клиническую практику в обозримом будущем?

- Применение предложенного лечебно-диагностического алгоритма в клинической практике позволит оптимизировать и улучшить качество лечения пациенток с диагнозом РМЖ и очаговым периферическим новообразованием легкого.
- Использование приведенной двухэтапной хирургической тактики позволит морфологически верифицировать единичные очаговые образования в легких, имеющие неблагоприятное расположения для проведения диагностической пункции.
- Исключение вторичного поражения у пациенток с диагнозом РМЖ даст возможность избежать излишней кардио-, гепато- и нефротоксичной химиотерапии.

Highlights

What is already known about this subject?

- Metastatic breast cancer (BC) is a heterogeneous group of diseases with varying clinical manifestations. Both solitary (single or oligometastatic) as well as multiple, or diffuse, lesions are observed.
- In 3 % of BC women radiologic findings include a solitary shadow in the lung recognized as a metastatic lesion. BC metastasis to the lung tissue comprises 21–32 % distant metastasis cases leading to fatal outcome in 60–70 % of cases.
- When the size of pulmonary node is less than 1 cm or its anatomic location is unfavorable for diagnostic testing, surgical intervention is required to confirm pathomorphologic diagnosis.

What are the new findings?

- The therapeutic and diagnostic algorithm for patients with diagnosed BC and focal peripheral lung neoplasm is presented.
- The role of surgical intervention such as videothoracoscopic lung resection with urgent histologic examination for diagnosis verification and determining neoplasm morphologic composition was demonstrated.
- A two-stage surgical strategy was developed to exclude the secondary lung neoplasm with subsequent removal of the primary focus.

How might it impact on clinical practice in the foreseeable future?

- Application of the proposed therapeutic and diagnostic algorithm in clinical practice will optimize and improve the quality of treatment for patients with diagnosed BC and focal peripheral lung neoplasm.
- The use of such surgical tactics will allow morphologic verification of single focal masses in the lungs with unfavorable anatomic location for diagnostic puncture.
- Exclusion of secondary lesions in patients with diagnosed BC will avoid unnecessary cardio-, hepato- and nephrotoxic chemotherapy.

Введение / Introduction

Рак молочной железы (РМЖ) продолжительное время занимает ведущее положение в структуре онкологических заболеваний среди женского населения в мире. Термин «распространенный рак молочной железы» включает в себя как местнораспространенный, так и метастатический РМЖ (мРМЖ), который, несмотря на эффективность современных методов лечения, по-прежнему остается инкурабельным заболеванием с 5-летней общей выживаемостью до 25 % [1].

Метастатический РМЖ – это гетерогенная группа заболеваний с различными клиническими проявлениями. Встречается как солитарное (одиночное или олигометастатическое), так и множественное, или диффузное, поражение того или иного органа [2].

Использование рентгенологических методов диагностики позволяет обнаружить солитарную тень в легком у 3 % женщин с верифицированным диа-

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта http://www.gynecology.su. Не предназначено для использования в коммерческих целях.
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru.

2024 • Vol. 18 • № 5
Obstetrics, Gynecology and Reproduction

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта http://www.gynecology.su. Не предназначено для использования в коммерческих целях.
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru.

гнозом РМЖ. Зачастую подобные образования расцениваются как вторичные очаги, реже диагностируют метахронный первичный рак, доброкачественную опухоль или другие неопухолевые заболевания легкого, такие как гемангиома, туберкулома [3].

Поражение легочной ткани при мРМЖ статистически составляет 21–32 % всех случаев отдаленного метастазирования, возникая, как правило, в течение 5 лет после первоначально установленного диагноза и уступая по распространенности лишь вторичному поражению костной системы у 30–60 % пациентов [4]. Физиологически метастазы в легкие нарушают их нормальную функцию: развивается симптомокомплекс в виде кашля, затрудненного дыхания, кровохарканья, что в 60–70 % случаев приводит к летальному исходу. Наиболее часто поражение затрагивает периферические отделы легкого, что объясняет сложность диагностики данных новообразований [4].

С развитием современных методов визуализации, таких как мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), стало возможным выявление наиболее ранних и мелких новообразований в легких у пациентов с диагнозом РМЖ. Диагностика гистологических типов узловых образований в легких имеет решающее значение для выбора тактики лечения.

Зачастую визуализирующие исследования могут быть только ориентировочными, но не диагностическими. Для диагностики узловых образований в легких доступна тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем компьютерной томографии (КТ), трансбронхиальная игольчатая аспирационная биопсия, торакоцентез, эндобронхиальное конвексное ультразвуковое исследование (УЗИ), торакоскопия, бронхоскопия, медиастиноскопия.

Однако, когда размер легочного узла менее 1 см, или его расположение неблагоприятно для проведения диагностической пробы, биопсия может быть безрезультатной или технически невыполнимой. В таком случае хирургическое вмешательство, а именно, малоинвазивная видеоторакоскопическая резекция легкого является методом подтверждения патоморфологического диагноза легочных узлов у пациентов с диагнозом РМЖ [5]. Данный метод позволяет ориентировать врачей в выборе тактики лечения и в ряде случаев избежать излишней токсичной полихимиотерапии.

Ключевым моментом в лечении пациентов с верифицированным диагнозом РМЖ и новообразованием в легком является мультидисциплинарный подход с привлечением специалистов различных направлений: хирургов-онкологов, специалистов лучевой диагностики, врачей-радиологов, химиотерапевтов, патоморфологов. Необходимо проводить тщательное обследование пациентов до начала системного лечения, включая полный физикальный осмотр, оценку лабораторных показателей, исследование органов грудной клетки с использованием вышеупомянутых методов визуализации, с решением вопроса о возможности выполнения биопсии очага.

Существует группа пациентов с олигометастатическим поражением, составляющая от 1 до 3 % случаев, с одиночным метастазом в органе. При этом малый объем опухолевой ткани потенциально поддается локальному лечению, направленному на достижение длительной ремиссии, сроком вплоть до 20 лет [2].

Впервые теорию «олигометастатической болезни», обозначающей «промежуточное» состояние между локализованными опухолями и метастатической болезнью, предложили в 1995 г. S. Hellman и R.R. Weichselbaum применительно к раку предстательной и молочной железы [6]. Суть теории заключалась в том, что удаление первичных метастазов может нести потенциальную пользу и положительно влиять на продолжительность жизни больных с единичными метастазами, уменьшая тем самым опухолевую массу. Приведенные авторами результаты демонстрируют 10-летнюю выживаемость у пациентов с диссеминированным раком предстательной и молочной железы. Таким образом, хирургическое удаление единичных метастазов позволяет элиминировать опухолевые клоны, а также в ряде случаев отложить токсичную химио- или гормонотерапию, улучшить отдаленные результаты лечения [6].

При этом удаление первичной опухоли у пациентов с диагнозом мРМЖ достоверно не связано с увеличением общей выживаемости, однако может быть применимо для улучшения качества жизни, а также с целью предупреждения изъязвления, удаления источника инфекции и кровотечения. Кроме того, согласно существующим гипотезам, удаление первичной опухоли имеет преимущества с точки зрения иммунной системы, поскольку устраняет опухолевые стволовые клетки, отвечающие за прогрессирование, метастазирование и рецидивирование опухоли [7].

Видеоторакоскопическая резекция легкого является одним из эффективных методов диагностики и лечения, позволяющая верифицировать очаговые новообразования в легком, выявляемые у пациентов с установленным диагнозом РМЖ. Однако, по мнению F. Tanaka с соавт., для диагностики легочных узлов первоначально должна быть выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия и лишь в случае неудачи – хирургическая биопсия [8].

В рамках клинического наблюдения представляем опыт лечения пациентки с установленным диагнозом РМЖ и периферическим очаговым новообразованием легкого.

2024 • Том 18 • № 5
Акушерство, Гинекология и Репродукция

Клиническое наблюдение / Clinical case

Пациентка Л., 68 лет, поступила в ФГБУ НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России 30.01.2023 с жалобами на наличие новообразования в левой молочной железе.

Анамнез / History of disease

В 2016 г. пациентка Л. прошла комбинированное лечение по поводу рака правой молочной железы T1N0M0, IA стадия, люминальный А. В декабре 2022 г. при самообследовании обнаружила новообразование в левой молочной железе, обратилась за консультацией к онкологу. Обследована.

По данным маммографического исследования (ММГ) от 09.12.2022 на границе наружных квадрантов левой молочной железы визуализируется новообразование с «лучистым» неровным контуром, с нечеткими границами, размером 15,5×19,7 мм (**рис. 1**).

По результату выполненного УЗИ молочных желез и регионарных лимфатических узлов (13.12.2022): на границе наружных квадрантов левой молочной железы лоцируется гипоэхогенное образование с неровными, нечеткими границами, размером 20×15×14 мм. BIRADS 6. Справа – послеоперационный рубец без особенностей. Регионарные лимфатические узлы слева не увеличены.

Выполнена трепан-биопсия новообразования левой молочной железы под УЗ-контролем.

Гистологическое и иммуногистохимическое (ИГХ) заключение № 6787 от 19.12.2023: опухоль в биоптатах ткани молочной железы соответствует инвазивной дольковой карциноме второй степени злокачественности (Grade 2, The Nottingham combined histologic grade – Ellson-Ellisgrading system). Опухолевые клетки сильно положительны по наличию рецепторов Estrogen (100 %, 8 баллов), по наличию рецепторов Progesteron (100 %, 8 баллов), с низкой пролиферативной активностью (ИП Ki67 – 15 %) и реакцией к Her2/Neu "2+". FISH-реакция: согласно критериям ASCO/CAP`23, в исследованном образце не обнаружена амплификация гена *Her2*. Люминальный тип А.

Установлен диагноз: первично-множественный метахронный рак: 1. Рак правой молочной железы T1N0M0, IA стадия, люминальный А, состояние после комбинированного лечения в 2016 г. 2. Рак левой молочной железы T1cN0M0, IA стадия, люминальный А. Периферическое очаговое новообразование S10 левого легкого.

По данным МСКТ органов грудной клетки (21.12.2022): в субплевральных отделах S10 нижней доли левого легкого определяется единичный солидный очаг с четкими контурами размером до 7 мм.

Ввиду невозможности предоставить КТ-архив ранее выполненного исследования с целью пересмотра, пациентка направлена на дополнительное обследование.

Для верификации образования в S10 нижней доли левого легкого, а также для исключения его метастатического характера пациентке рекомендовано выполнить ПЭТ-КТ, так как проведение транстораколальной пункционной биопсии технически затруднительно (**рис. 2**).

Согласно заключению ПЭТ-исследования (20.01.2023): единичный солидный очаг в S10 левого легкого размером 7 мм, не накапливает радиофармпрепарат (РФП). Образование в верхне-наружном квадранте левой молочной железы, неправильной формы, размером 14×14 мм, накапливает контрастный препарат, с повышенным метаболизмом (РФП SU Vmax 5,1).

По результатам онкологического консилиума, консилиума специалистов лучевой диагностики, проведенного в ФГБУ НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России, а также консультации торакального хирурга и хирурга-онколога пациентки Л., новообразование левого легкого расценено

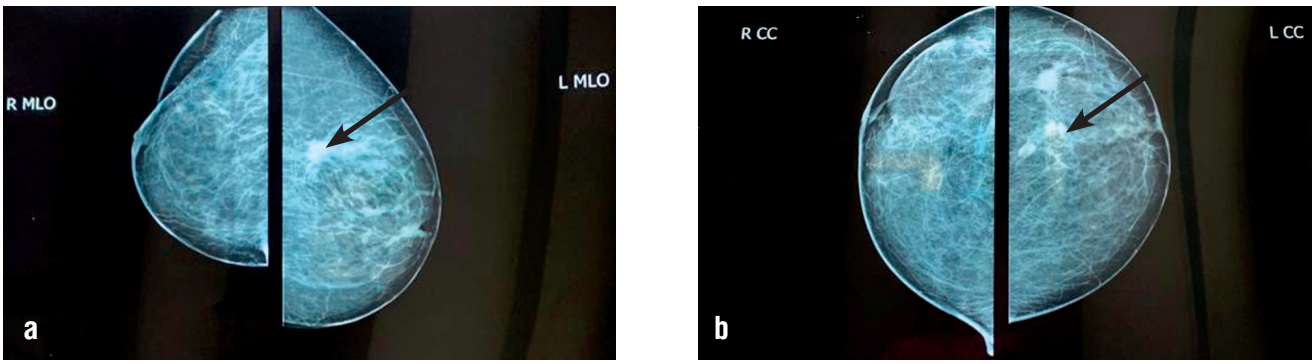


Рисунок 1. Пациентка Л. ММГ-изображения: **a** – косая проекция (стрелкой обозначена опухоль левой молочной железы); **b** – прямая проекция (стрелкой обозначена опухоль левой молочной железы).

Figure 1. Patient L. MMG images: **a** – oblique projection (arrow indicates left mammary gland tumor); **b** – direct projection (arrow indicates left mammary gland tumor).

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта http://www.gynecology.su. Не предназначено для использования в коммерческих целях.
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru.

2024 • Vol. 18 • № 5
Obstetrics, Gynecology and Reproduction

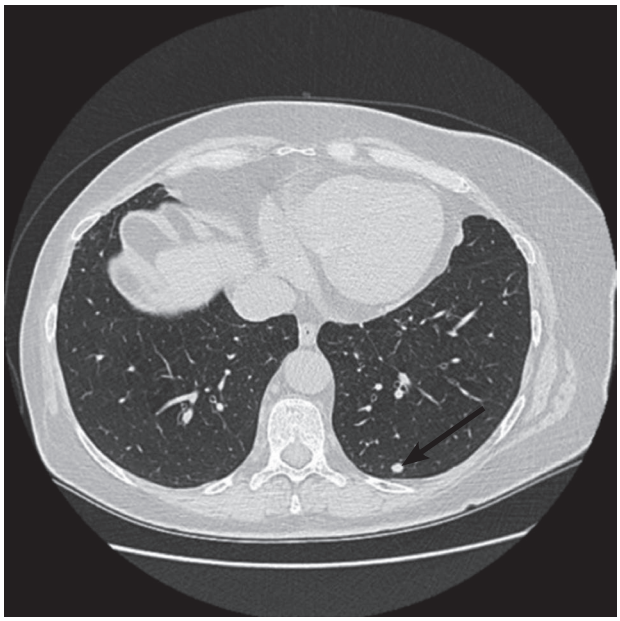


Рисунок 2. Пациентка Л. МСКТ-изображение: единичный солидный очаг с четкими контурами S10 нижней доли левого легкого размером до 7 мм (обозначен стрелкой).

Figure 2. Patient L. MSCT image: a single solid lesion with clear contours S10 of the left lung lower lobe, up to 7 mm in size (indicated by arrow).

в большей степени как доброкачественное. Однако окончательное суждение о диагнозе возможно только после морфологической верификации с решением вопроса о тактике лечения.

Рекомендована двухэтапная хирургическая тактика: резекция S10 левого легкого со срочным гистологическим исследованием операционного материала. При отсутсвии данных за метастатический характер образования в легком – радикальная мастэктомия слева.

В случае подтверждения вторичного генеза образования в легком – отказ от хирургического вмешательства на молочной железе в пользу полихимиотерапии.

Предоперационно пациентка обследована. Лабораторные показатели (30.01.2023) в пределах референсных значений.

Хирургическая тактика / Surgical tactics

Симультанное оперативное вмешательство (31.01.2023): 1) VATS-резекция нижней доли левого легкого. После видеоторакоскопической ревизии левой плевральной полости визуальных признаков опухоли S10 легкого нет. При попытке пальцевого исследования паренхимы легкого удалось выявить интрапаренхиматозно плотно-эластическое образование округлой формы диаметром 8 мм. Выполнена резекция легкого с образованием.

При срочном гистологическом исследовании получен ответ: фиброма легкого. Таким образом, вторичный метастатический генез образования в легком был исключен. Выполнен второй этап: 2) радикальная мастэктомия слева в модификации по Madden с перевязкой лимфатических сосудов подмышечно-подключичной области.

Пациентка находилась на лечении 11 дней. Послеоперационный период протекал благоприятно, без особенностей. На первые сутки пациентка переведена из отделения реанимации и интенсивной терапии, удален плевральный дренаж. Рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекции (01.02.2023): данных за наличие пневмоторакса, значимого гидроторакса не получено. Послеоперационные швы состоятельны, без признаков воспаления и ишемии. Заживление швов первичным натяжением.

Гистологическое заключение / Histopathology report

1) Инфильтративный дольковый рак левой молочной железы II степени злокачественности, типичного тубулярного и солидного строения, размерами 2,2×1,6×1,7 см, без вовлечения соска и кожи железы; pT2pN0(0/13)cM0; G2; Pn0; L0; V0; R0. Люминальный подтип A, ER – 8, PR – 8, Ki67 – 12 %, Her2 "1+" (**рис. 3**).

2) Узловое образование нижней доли левого легкого без признаков злокачественности наиболее соответствует аденофиброме легкого. Учитывая результат ИГХ-исследования, выполненного с целью уточнения диагноза, а также гистологическую структуру, образование нижней доли левого легкого размерами 0,8×0,7×0,7 см более соответствует солитарной фиброзной опухоли (**рис. 4**).

Учитывая результат планового гистологического исследования, пациентке назначена гормональная терапия ингибиторами ароматазы, а также рекомендовано динамическое наблюдение.

Обсуждение / Discussion

Аденофиброма легкого (АФ) – чрезвычайно редкая доброкачественная опухоль, морфологически сходная с фиброаденомой и филлоидной опухолью молочной железы. Впервые АФ была впервые описана R. Scarff и F. Gowar в 1944 г. Они предположили, что ее происхождение может быть таким же, как у хрящевой гамартомы легкого. С тех пор в мире зарегистрировано около 30 гистологически верифицированных случаев. C. Butler и J. Kleinerman в 1963 г. описали ее как неопластическую находку. В 1993 г. S. Suster и C.A. Moran предположили, что эта опухоль является незрелым типом гамартомы. A. Cavazza с соавт. в 2003 г. описали ее как солитарную фиброзную псевдопапиллярную опухоль легкого. На сегодняшний день точная этиология и гистогенез опухоли остаются неясными [9].

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта http://www.gynecology.su. Не предназначено для использования в коммерческих целях.
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru.

2024 • Том 18 • № 5
Акушерство, Гинекология и Репродукция

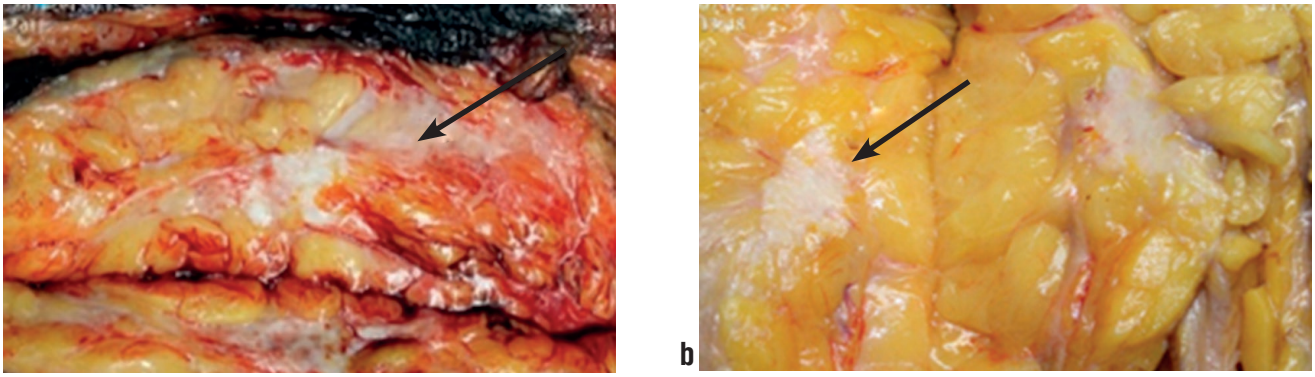


Рисунок 3. Пациентка Л. Макропрепарат: **a**, **b** – на разрезе стрелкой обозначен инфильтративный дольковый рак верхне-наружного квадранта левой молочной железы размером 2,2×1,6×1,7 см.

Figure 3. Patient L. Macroscopic specimen: **a**, **b** –infiltrative lobular cancer of upper outer quadrant in left mammary gland, size 2.2×1.6×1.7 cm, is indicated by arrow.

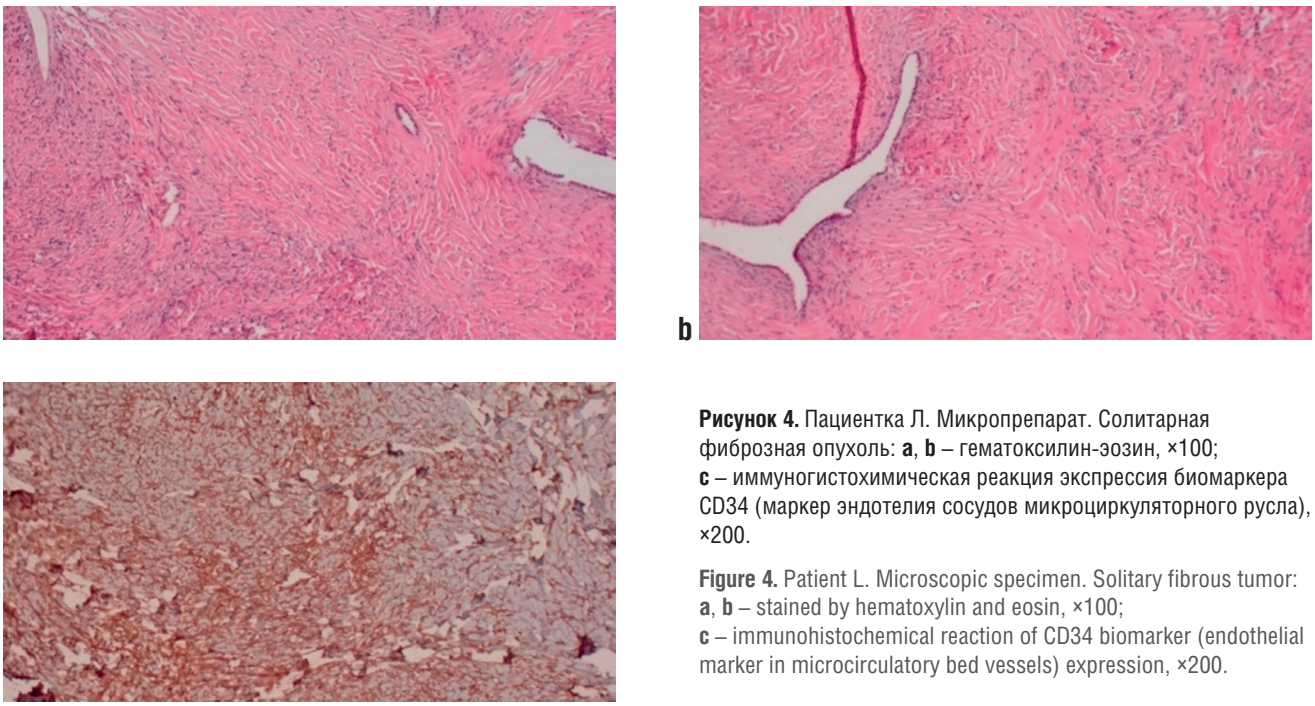


Рисунок 4. Пациентка Л. Микропрепарат. Солитарная фиброзная опухоль: **a**, **b** – гематоксилин-эозин, ×100; **c** – иммуногистохимическая реакция экспрессия биомаркера CD34 (маркер эндотелия сосудов микроциркуляторного русла), ×200.

Figure 4. Patient L. Microscopic specimen. Solitary fibrous tumor: **a**, **b** – stained by hematoxylin and eosin, ×100; **c** – immunohistochemical reaction of CD34 biomarker (endothelial marker in microcirculatory bed vessels) expression, ×200.

Аденофиброма легкого характеризуется двухфазной дифференцировкой, так как состоит из железоподобного пространства, выстланного респираторным эпителием и стромальными веретенообразными клетками. В случае АФ повышается риск ошибочного диагноза с солитарными фиброзными опухолями (СФО) из-за их морфологического сходства [10].

В ранних исследованиях отмечалось, что АФ и СФО, в свою очередь, дифференцируют с метастатическим поражением легочной ткани при РМЖ. Их различие клинически важно, поскольку СФО потенциально могут иметь агрессивное клиническое течение, в то время как сообщений о злокачественном поведении АФ не отмечалось [11].

В представленном нами клиническом наблюдении образование в S10 левого легкого было морфологически расценено как СФО в ходе двухэтапного исследования операционного материала с ИГХ исследованием.

В конце XIX века E. Wagner впервые описал солитарную фиброзную опухоль как редко встречающуюся, мягкотканную, первичную опухоль в плевре, существование которой длительное время оспаривалось. Данные образования рассматривались в качестве метастазов злокачественных опухолей с неизвестной локализацией первичного узла. В настоящее время описаны лишь отдельные казуистические случаи СФО, в связи с чем установить истинную частоту их возникновения затруднительно [12].

Впоследствии были описаны СФО почти в каждом экстраплевральном анатомическом участке. Кроме того, на сегодняшний день известна наиболее частая локализация СФО, а именно, в плевре, легких, средостении и брюшине, однако встречаются и иные локализации.

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта http://www.gynecology.su. Не предназначено для использования в коммерческих целях.
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru.

2024 • Vol. 18 • № 5 Obstetrics, Gynecology and Reproduction

Этиология СФО остается неизвестной, и не было продемонстрировано никакой связи с факторами окружающей среды, такими как потребление табака или воздействие асбеста [13].

Патоморфологические характеристики СФО впервые описаны P. Klemperer и C.B. Rabin в 1931 г. [14]. Большинство опухолей медленно растут и случайно диагностируются как безболезненные образования. Однако большие опухоли могут вызывать местные симптомы, такие как боль, сдавливание дыхательных путей. Морфологически СФО могут быть как доброкачественными, так и злокачественными (соотношение 7: 1) [15].

Первоначальное лечение СФО в основном заключается в хирургической резекции. Роль адъювантного лечения или лечения неоперабельного, рецидивирующего заболевания остается неясной и противоречивой.

Небольшой процент СФО обладают атипичными признаками. Гистологические критерии для классификации СФО как доброкачественных или злокачественных были описаны D.M. England с соавт. в 1989 г. Эти критерии включают более 4 митозов на 10 полей высокой мощности, наличие некроза, гиперцеллюлярность со скученностью и перекрытием. Опухоль может иметь доброкачественные или злокачественные гистологические признаки, однако эти признаки не всегда предсказывают клиническое поведение опухоли [16].

Именно поэтому данное клиническое наблюдение, а также каждый случай сочетанной патологии представляет интерес с точки зрения клинико-патологических особенностей, а также выбора тактики хирургического лечения.

Заключение / Conclusion

Новообразования легких у пациентов с установленным диагнозом РМЖ не всегда могут быть легочными метастазами, и решение о лечении следует принимать только после подтверждения патологического диагноза. В тех случаях, когда трансбронхиальная биопсия не позволяет подтвердить диагноз, хирургическое вмешательство, а именно, видеоторакоскопическая резекция легочного узла со срочным гистологическим исследованием является доступным методом исключения отдаленного метастазирования с возможностью последующего хирургического лечения первичного очага. Позволяя избежать агрессивной химио- и гормонотерапии, мультидисциплинарный подход в диагностике, а также в выборе тактики лечения пациентов с сочетанной патологией оказывает значительное влияние на качество жизни и дальнейшее ведение пациентов с диагнозом РМЖ.

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ	ARTICLE INFORMATION
Поступила: 16.04.2024. **В доработанном виде:** 04.07.2024. **Принята к печати:** 23.07.2024. **Опубликована:** 30.10.2024.	**Received:** 16.04.2024. **Revision received:** 04.07.2024. **Accepted:** 23.07.2024. **Published:** 30.10.2024.
Вклад авторов	**Author's contribution**
Все авторы принимали равное участие в сборе, анализе и интерпретации данных.	All authors participated equally in the collection, analysis and interpretation of the data.
Все авторы прочитали и утвердили окончательный вариант рукописи.	All authors have read and approved the final version of the manuscript.
Конфликт интересов	**Conflict of interests**
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.	The authors declare no conflict of interests.
Финансирование	**Funding**
Авторы заявляют об отсутствии финансирования.	The authors declare no funding.
Согласие пациента	**Patient consent**
Получено.	Obtained.
Этические аспекты	**Ethics declarations**
Ведение пациента осуществлялось в полном соответствии с этическими принципами, включая положения Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (пересмотр 2013 г.).	Patient management was conducted in full accordance with ethical principles, including the World Medical Association Declaration of Helsinki (as revised in 2013).
Комментарий издателя	**Publisher's note**
Содержащиеся в этой публикации утверждения, мнения и данные были созданы ее авторами, а не издательством ИРБИС (ООО «ИРБИС»). Издательство ИРБИС снимает с себя ответственность за любой ущерб, нанесенный людям или имуществу в результате использования любых идей, методов, инструкций или препаратов, упомянутых в публикации.	The statements, opinions, and data contained in this publication were generated by the authors and not by IRBIS Publishing (IRBIS LLC). IRBIS Publishing disclaims any responsibility for any injury to peoples or property resulting from any ideas, methods, instructions, or products referred in the content.
Права и полномочия	**Rights and permissions**
ООО «ИРБИС» обладает исключительными правами на эту статью по Договору с автором (авторами) или другим правообладателем (правообладателями). Использование этой статьи регулируется исключительно условиями этого Договора и действующим законодательством.	IRBIS LLC holds exclusive rights to this paper under a publishing agreement with the author(s) or other rightsholder(s). Usage of this paper is solely governed by the terms of such publishing agreement and applicable law.

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта http://www.gynecology.su. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru.

Литература:

1. Cardoso F., Costa A., Senkus E. et al. 3-rd ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 3). *Ann Oncol.* 2017;28(1):16–33. https://doi.org/10.1093/annonc/mdw544.
2. Основы и принципы онкопластической хирургии при раке молочной железы. Под ред. З. Матрая, Г. Гуляша, Т. Ковача, М. Каслера; пер. с англ. К.С. Николаева, А.В. Комяхова, Р.С. Песоцкого, Ш.А. Джалиловой; под ред. А.А. Бессонова, А.С. Емельянова, М.А. Джеляловой, В.С. Аполлоновой. *Санкт-Петербург: МедЛит,* 2021. 767 с.
3. Пикин О.В., Трахтенберг А.Х., Осипов В.В. и др. Хирургический метод в диагностике и лечении больных с очаговыми образованиями в легких при раке молочной железы. *Сибирский онкологический журнал.* 2012;(6):21–5.
4. Medeiros B., Allan A.L. Molecular mechanisms of breast cancer metastasis to the lung: clinical and experimental perspectives. *Int J Mol Sci.* 2019;20(9):2272. https://doi.org/10.3390/ijms20092272.
5. Fan J., Chen D., Du H. et al. Prognostic factors for resection of isolated pulmonary metastases in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *J Thorac Dis.* 2015;7(8):1441–51. https://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2015.08.10.
6. Никулин М.П. Олигометастазы рака молочной железы и рака предстательной железы: целесообразность хирургического лечения. *Практическая онкология.* 2016;17(3):200–11.
7. Bafford A.C., Burstein H.J., Barkley C.R. et al. Breast surgery in stage IV breast cancer: impact of staging and patient selection on overall survival. *Breast Cancer Res Treat.* 2009;115(1):7–12. https://doi.org/10.1007/s10549-008-0101-7.
8. Tanaka F., Li M., Hanaoka N. et al. Surgery for pulmonary nodules in breast cancer patients. *Ann Thorac Surg.* 2005;79(5):1711–4. https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2004.10.033.
9. Al-Amer M., Abdeen Y., Shaaban H., Alderink C. Solitary pulmonary adenofibroma in a middle-aged man with bladder cancer. *Lung India.* 2017;34(6):570–2. https://doi.org/10.4103/lungindia.lungindia_167_17.
10. Liang Z., Zhou P., Wang Y. et al. Pulmonary adenofibroma: clinicopathological and genetic analysis of 7 cases with literature review. *Front Oncol.* 2021;11:667111. https://doi.org/10.3389/fonc.2021.667111.
11. Olson N.J., Czum J.M., de Abreu F.B. et al. Synchronous pulmonary adenofibroma and solitary fibrous tumor: case report and review of the literature. *Int J Surg Pathol.* 2019;27(3):322–7. https://doi.org/10.1177/1066896918807302.
12. Двораковская И.В., Ариэль Б.М., Платонова И.С. и др. Солитарная фиброзная опухоль грудной полости. *Пульмонология.* 2014;(5):20–6.
13. Saynak M., Veeramachaneni N.K., Hubbs J.L. et al. Solitary fibrous tumors of chest: another look with the oncologic perspective. *Balkan Med J.* 2017;34(3):188–99. https://doi.org/10.4274/balkanmedj.2017.0350.
14. Klemperer P., Rabin C.B. Primary neoplasms of the pleura. A report of five cases. *Arch Pathol.* 1931;11:385–412.
15. Thway K., Ng W., Noujaim J. et al. The current status of solitary fibrous tumor: diagnostic features, variants, and genetics. *Int J Surg Pathol.* 2016;24(4):281–92. https://doi.org/10.1177/1066896915627485.
16. England D.M., Hochholzer L., McCarthy M.J. Localized benign and malignant fibrous tumors of the pleura. A clinicopathologic review of 223 cases. *Am J Surg Pathol.* 1989;13(8):640–58. https://doi.org/10.1097/00000478-198908000-00003.

References:

1. Cardoso F., Costa A., Senkus E. et al. 3-rd ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 3). *Ann Oncol.* 2017;28(1):16–33. https://doi.org/10.1093/annonc/mdw544.
2. Principles and practice of oncoplastic breast surgery. Eds. Z. Matrai, G. Gulyas, T. Kovacs, M. Kasler; translation from English K.S. Nikolaev, A.V. Komyakhov, R.S. Pesotsky, Sh.A. Dzhalilova; Eds. A.A. Bessonov, A.S. Emelyanov, M.A. Dzhelyalova, V.S. Apollonova. [Osnovy i principy onkoplasticheskoj hirurgii pri rake molochnoj zhelezy. Pod red. Z. Matraya, G. Gulyasha, T. Kovacha, M. Kaslera; per. s angl. K.S. Nikolaeva, A.V. Komyahova, R.S. Pesockogo, Sh.A. Dzhalilovoj; pod red. A.A. Bessonova, A.S. Emel'yanova, M.A. Dzhelyalovoj, V.S. Apollonovoj]. *Saint Petersburg: MedLit,* 2021. 767 p. (In Russ.).
3. Pikin O.V., Trakhtenberg A.Kh., Osipov V.V. et al. Surgical method in diagnosis and treatment of breast cancer patients with lungs lesions. [Hirurgicheskij metod v diagnostike i lechenii bol'nyh s ochagovymi obrazovaniyami v legkih pri rake molochnoj zhelezy]. *Sibirskij onkologicheskij zhurnal.* 2012;(6):21–5. (In Russ.).
4. Medeiros B., Allan A.L. Molecular mechanisms of breast cancer metastasis to the lung: clinical and experimental perspectives. *Int J Mol Sci.* 2019;20(9):2272. https://doi.org/10.3390/ijms20092272.
5. Fan J., Chen D., Du H. et al. Prognostic factors for resection of isolated pulmonary metastases in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *J Thorac Dis.* 2015;7(8):1441–51. https://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2015.08.10.
6. Nikulin M.P. Breast and prostate cancer oligometastases: the feasibility of surgery treatment. [Oligometastazy raka molochnoj zhelezy i raka predstatel'noj zhelezy: celesoobraznost' hirurgicheskogo lecheniya]. *Prakticheskaya onkologiya.* 2016;17(3):200–11. (In Russ.).
7. Bafford A.C., Burstein H.J., Barkley C.R. et al. Breast surgery in stage IV breast cancer: impact of staging and patient selection on overall survival. *Breast Cancer Res Treat.* 2009;115(1):7–12. https://doi.org/10.1007/s10549-008-0101-7.
8. Tanaka F., Li M., Hanaoka N. et al. Surgery for pulmonary nodules in breast cancer patients. *Ann Thorac Surg.* 2005;79(5):1711–4. https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2004.10.033.
9. Al-Amer M., Abdeen Y., Shaaban H., Alderink C. Solitary pulmonary adenofibroma in a middle-aged man with bladder cancer. *Lung India.* 2017;34(6):570–2. https://doi.org/10.4103/lungindia.lungindia_167_17.
10. Liang Z., Zhou P., Wang Y. et al. Pulmonary adenofibroma: clinicopathological and genetic analysis of 7 cases with literature review. *Front Oncol.* 2021;11:667111. https://doi.org/10.3389/fonc.2021.667111.
11. Olson N.J., Czum J.M., de Abreu F.B. et al. Synchronous pulmonary adenofibroma and solitary fibrous tumor: case report and review of the literature. *Int J Surg Pathol.* 2019;27(3):322–7. https://doi.org/10.1177/1066896918807302.
12. Dvorakovskaya I.V., Ariel' B.M., Platonova I.S. et al. A solid fibrous chest tumor. [Solitarnaya fibroznaya opuhol' grudnoj polosti]. *Pul'monologiya.* 2014;(5):20–6. (In Russ.).
13. Saynak M., Veeramachaneni N.K., Hubbs J.L. et al. Solitary fibrous tumors of chest: another look with the oncologic perspective. *Balkan Med J.* 2017;34(3):188–99. https://doi.org/10.4274/balkanmedj.2017.0350.
14. Klemperer P., Rabin C.B. Primary neoplasms of the pleura. A report of five cases. *Arch Pathol.* 1931;11:385–412.
15. Thway K., Ng W., Noujaim J. et al. The current status of solitary fibrous tumor: diagnostic features, variants, and genetics. *Int J Surg Pathol.* 2016;24(4):281–92. https://doi.org/10.1177/1066896915627485.
16. England D.M., Hochholzer L., McCarthy M.J. Localized benign and malignant fibrous tumors of the pleura. A clinicopathologic review of 223 cases. *Am J Surg Pathol.* 1989;13(8):640–58. https://doi.org/10.1097/00000478-198908000-00003.

Сведения об авторах / About the authors:
Германович Наталья Юрьевна, к.м.н. / **Natalia Yu. Germanovich**, MD, PhD. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7857-275X.
Пикунов Михаил Юрьевич, к.м.н. / **Mikhail Yu. Pikunov**, MD, PhD. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0559-4461.
Щеголькова Татьяна Александровна / **Tatyana A. Shchegolkova**, MD. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6564-8383.
Мищенко Инна Михайловна / **Inna M. Mishchenko**, MD. E-mail: Inna-mishenko2013@yandex.ru. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2115-4960.

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта http://www.gynecology.su. Не предназначено для использования в коммерческих целях.
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru.