

в малых слюнных железах, больших размерах первичной опухоли, спонтанном параличе лицевого нерва (при локализации в околоушной железе), солидном варианте строения новообразования. Методы лечения аденокистозного рака шейки матки, молочной железы такие же, как при других злокачественных эпителиальных опухолях этих органов. Прогноз в этих случаях более благоприятен, чем при других вариантах рака данных локализаций.

Заключение. Таким образом, аденокистозный рак вульвы, трахеи и шейки матки по своему цитологическому, гистологическому и иммуногистохимическому фенотипу подобен аналогичной опухоли слюнных желез.

О.Г. Григорук, А.Ф. Лазарев

ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕВЫХ ПЛЕВРИТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКОГО МЕТОДА

Алтайский филиал ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН; КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», г. Барнаул, Россия

Несмотря на большие достижения в диагностике, до настоящего времени цитологическая диагностика плевритов остается одним из наиболее сложных разделов клинической цитопатологии. Существует определенная группа больных с плевритом, обследование которых не дает достоверных результатов. В связи с этим внедрение в клиническую практику новых методов обработки жидкостного материала и применение дополнительных уточняющих методик для диагностики является чрезвычайно важным. Анализ значительного числа наблюдений и обобщение опыта диагностики плевральных жидкостей в Алтайском филиале ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с использованием цитоцентрифуги позволили дать оценку обоснованности использования иммуноцитохимических методик.

Цель исследования — усовершенствовать цитологическую диагностику опухолевых плевритов с использованием иммуноцитохимических методик.

Материал и методы. Изучены данные цитологического материала 913 больных с наличием опухолевых клеток в плевральной полости за 9 лет, из них 420 (46%) пациентов диагностированы при первичном обращении в медицинское учреждение. Использовали информацию канцер-регистра диспансера с оценкой клинического течения опухолевых процессов у больных. Цитологические данные сопоставили с гистологическими диагнозами после операции ($n = 527$ больных), при изучении материала биопсии ($n = 306$) и данных патолого-анатомического вскрытия ($n = 80$).

Иммуноцитохимические методики использовали, начиная с 8 антител, постепенно добавляя новые антитела — до 30. Проведено 2378 иммуноцитохимических исследований у 222 (52,4%) первичных больных с наличием плевритов с неустановленным первичным очагом. В первую очередь проводили рутинное цитологическое исследование при обнаружении клеток опухоли, при сложности их интерпретации применяли иммуноцитохимический метод.

Результаты и обсуждение. Иммунопозитивная реакция на эпителиальный антиген (Ber-EP4) отмечена во всех опухолях эпителиального происхождения, существенное значение имеет при дифференциальном диагнозе эпителиоподобных мезотелиом и аденокарцином, метастазирующих в плевру. Кроме этого использование двух маркеров — эпителиального антигена и мезотелина решает задачу различия клеток реактивного мезотелия и клеток аденокарциномы, а по интенсивности реакции мезотелина и отсутствию реакции в эпителиальном антигене — различия клеток реактивного мезотелия и клеток эпителиоидной мезотелиомы.

При позитивной экспрессии СК18+ данные за аденокарциному; СК5/6 данные за плоскоклеточный рак; СК18+ и позитивная реакция на хромогранин — за рак с нейроэндокринной дифференцировкой. Позитивная реакция на СК7 характерна для большого ряда опухолей: карциномы легкого, рака молочной железы, рака желудка, серозного рака яичников, мезотелиомы, плоскоклеточного рака легкого. В отличие от этого, экспрессия СК20+ может свидетельствовать о колоректальной аденокарциноме. Иммунофенотип СК7-/СК20- отмечается при плоскоклеточной карциноме легкого, аденокарциноме предстательной железы, почечно-клеточной карциноме. При дифференциальной диагностике крупноклеточной неходжкинской лимфомы в плевральной жидкости и опухолей эпителиального происхождения иммуноцитохимическое исследование с эпителиальным антигеном и CD45 имеет решающее значение.

Для дифференциальной диагностики аденогенного рака легкого у 24 (10,8% всех иммуноцитохимических исследований) больных со злокачественной эпителиоидной мезотелиомой (97 (43,7%) пациентов) желательна следующая панель: для легкого TTF-1+, СК7+, Ber-EP4+, CEA+, СК5/СК6 (-), калретинин-; для мезотелиомы TTF-1-, СК7+, СК20 (-/+), WT-1+, Ber-EP4-, CEA-, СК5/СК6+, WT-1+, калретинин +, мезотелин +, тромбомодулин +. Для рака молочной железы у 12 (5,4%) пациенток — TTF-1, СК7+, CEA+. Серозные карциномы яичников (29 (13,1%) женщин) имеют иммунофенотип: Ber-EP4+, WT-1+, CEAmono-, CEApoly+/-, СК7+, калретинин и мезотелин изредка позитивный. Из используемых нами маркеров для опухолей желудка (10 (4,5%)) стойкую положительную реакцию во всех случаях отмечали на CEAmono и CEApoly. Колоректальная карцинома (2 (0,9%)) экспрессирует: СК7-, СК20+, CDX2+, WT-1. Использование иммуноцитохимических реакций у 18 (8,1%) пациентов с реагентами лимфоцитарного семейства CD позволяет типировать В- и Т-клеточные лимфомы в плевральной жидкости. Проведены реакции при мелкоклеточном (2 (0,9%)) и плоскоклеточном (1(0,5%)) раке легкого, почечно-клеточном раке (2 (0,9%)), раке предстательной железы (2 (0,9%)), меланоме (1(0,5%)).

Непременным условием успеха иммуноцитохимических исследований является достаточное количество опухолевых клеток в жидкости, оптимально 200—300. При этом необходимо понимать, что о первичной локализации опухоли не всегда можно высказаться категорично и однозначно, поскольку антитела, как правило, не обладают абсолютной специфичностью. Кроме того, опухолевые клетки могут утрачивать органоспецифические черты иммуноцитохимического профиля, в опухолевых клетках в ряде случаев происходит извращенная экспрессия неспецифических ей маркеров. Окончательное заключение производится после комплексного изучения цитологических и иммуноцитохимических препаратов.

Заключение. Иммуноцитохимический метод при диагностике опухолевого плеврита без выявленного первичного очага помогает установить гистогенез и органопринадлежность опухоли в 95,2%, дает возможность провести адекватную терапию, индивидуально прогнозировать заболевание с целью увеличения выживаемости пациентов.

А.Ю. Долгатов, Т.М. Черданцева, И.П. Бобров, В.В. Климачев, А.М. Авдалия

КАРИОМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», Алтайский филиал ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, г. Барнаул, Россия

В последние годы становится все более актуальным вопрос прогнозирования выживаемости пациентов после лечения злокачественных новообразований. Областью нашего исследования являлись почечно-клеточный рак (ПКР) и выживаемость больных ПКР после операционного лечения. Проанализировав работы исследователей в данной области, мы пришли к выводу, что однозначного ответа о роли площади клеточного ядра в прогнозировании послеоперационной выживаемости больных ПКР не обнаружено.

Цель работы — исследование значения изучения площади клеточного ядра в оценке результатов послеоперационной выживаемости пациентов с ПКР.

Материал и методы. Изучен операционный материал 125 больных ПКР. Средний возраст больных составил $58 \pm 0,6$ года. Мужчин было 57 (45,6%), женщин — 68 (54,4%). Морфометрическое исследование площади клеточного ядра проводили с использованием системы компьютерного анализа изображений, состоящей из микроскопа Leica DME, цифровой камеры Leica EC3 ("Leica Microsystems AG", Германия), персонального компьютера и программного обеспечения ВидеоТест – Морфология 5.2. Исследование площади клеточного ядра проводили на гистологических срезах окрашенных по Feulgen. Исследовали 25—30 опухолевых клеток в каждом случае. В зависимости от площади клеточного ядра опухолевых клеток оценивали 1-, 2-, 3-, 4- и 5-летнюю послеоперационную выживаемость пациентов. Статистическую обработку материала проводили при помощи статистического пакета Statistica 6.0. Построение кривых выживаемости проводили по методу Kaplan – Meier, достоверность различий показателей оценивали с помощью $\log - \text{rank-тест}$.

Результаты и обсуждение. Среди всех обследованных больных вне зависимости от пола, возраста, варианта ПКР и других факторов разброс значений площади клеточного ядра колебался от 11,68 до 98,43 мкм^2 . Среднее значение площади клеточного ядра во всей группе составило $33,33 \pm 1,55 \text{ мкм}^2$. Для оценки отдаленных результатов послеоперационной выживаемости пациентов в зависимости от площади клеточного ядра опухолевых клеток они были разделены на 2 группы: 1-ю

группу составили больные с площадью клеточного ядра опухолевых клеток до 21,19 мкм^2 ; 2-ю группу — пациенты с площадью клеточного ядра до 44,54 мкм^2 . В 1-й группе больных через год были живы 100%, через 2 года – 100%, через 3 года – 98,3%, через 4 года – 98,3% и через 5 лет – 98,3%. Во 2-й группе показатели составили: через 1 год 89,3%, через 2 года 84,7%, через 3 года 77%, через 4 года 70,8% и через 5 лет 70,8%. При сравнении кривых выживаемости в группах больных с использованием логарифмического рангового критерия выявлено, что различия данных достоверны ($\log\text{-rank-test}$, $p = 0,002$).

Заключение. Таким образом, площадь клеточного ядра опухолевой клетки оказалась значимым прогностическим параметром при ПКР. Из нашего исследования следует, что чем больше площадь клеточного ядра опухолевой клетки, тем хуже прогноз послеоперационной выживаемости пациентов с ПКР.

Е.С. Казанцева, Я.Н. Шойхет, А.П. Момот, С.Д. Фокеев

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИОЗА ПРИ РАКЕ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул, Россия

В норме эндотелиальная поверхность препятствует адгезии тромбоцитов, регулирует тонус сосудов и ингибирует свертывание. При осложненном раке панкреатобилиарной зоны с механической желтухой часто возникает острый гнойный холангит, приводящий к сепсису. Это ведет к повреждению и активации эндотелиальных клеток и нарушению свертываемости крови.

Цель исследования — провести оценку маркеров эндотелиальной дисфункции у больных раком панкреатобилиарной зоны с механической желтухой, осложненным острым гнойным холангитом.

Материал и методы. В соответствии с современными подходами тяжесть состояния больных и риск летальности оценивались по шкале APACHE II.

Клиническая оценка, как и исследование лабораторных показателей, проводилась в динамике.

Были изучены маркеры эндотелиальной дисфункции у 86 больных со злокачественными новообразованиями панкреатобилиарной зоны, осложненными механической желтухой, находившихся на лечении в Алтайском краевом гепатологическом центре. Из них мужчин было 56 (65,1%), женщин – 30 (34,9%) в возрасте от 49 до 86 лет, средний возраст 61,2 года. Локализация опухолевого процесса: рак головки поджелудочной железы – у 54 (62,8%) пациентов, рак внепеченочных желчных протоков – у 32 (27,2%). Пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа – 56 (65,1%) больных, у которых отсутствовала клиника острого гнойного холангита, 2-я группа – 28 (34,9%) пациентов с острым гнойным холангитом. Кровь для исследования бралась из кубитальной вены в 1-е сутки госпитализации и на 3—5-е и 7—10-е сутки после хирургического лечения. Нормативными показателями