

Напротив, при МТА выполняют лишь верхнесрединную лапаротомию, продолжая иногда разрез кожи и подлежащих слоев передней брюшной стенки ниже пупка. В третьих, при традиционном способе аутопсии после резекции передней части грудной клетки возникает западение органа на 3-4 см и более, что порой обуславливает видимую деформацию тела (см. рисунок).

При МТА высота грудной клетки не меняется (зеленый цвет), при традиционном способе аутопсии укорачивается в среднем на 3-4 см (красный цвет). Предложенный способ аутопсии обеспечивает первоначальную форму тела за счет сохранения костного каркаса грудной клетки.

Заключение

Способ МТА придает патологоанатомическому исследованию современный дизайн, приближая его к хирургическому пособию, оперативные действия прозектора по отношению к органам и тканям умершего носят бережный характер, обеспечивают более высокий косметический эффект, способствуют росту количества аутопсий. Увеличение количества патологоанатомических вскрытий без ущерба качеству способствует оптимизации патологоанатомической диагностики при болезнях системы кровообращения (ИБС и ЦВЗ). Во многом по этой причине МТА может найти применение в прозекторской практике.

Сведения об авторах статьи:

Мустафин Тагир Исламнурович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой патологической анатомии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Хасанов Ришат Римович – к.м.н., старший преподаватель кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: Rishat1967@yandex.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов, Г.Г. Оформление диагноза /Г.Г. Автандилов О.В., Зайратьянц, Л.В. Кактурский. – М.: Медицина, 2004. – 304 с.
2. Давыдовский, И.В. Клинико-анатомические конференции, их место и значение в системе больничной работы /И.В. Давыдовский// Архив патологии. – 1963. – № 6. – С. 3-7.
3. Зайратьянц, О.В. Формулировка и составление клинического и патологоанатомического диагнозов: справочник /О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский// – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 576 с.
4. Мустафин, Т.И. Актуальные вопросы патологоанатомических исследований и малотравматичные технологии при аутопсии /Т.И. Мустафин, Р.Р. Хасанов //Мед. вестник Башкортостана, 2007. – Т.2, № 1.– С. 47 - 50.
5. Мустафин, Т.И. Алгоритм малотравматичной технологии аутопсии при ИБС и ЦВЗ /Т.И.Мустафин., Д.С. Куклин, Р.Р. Хасанов// Мед. вестник Башкортостана, 2012. – №7. – С.244-246.
6. Пат. 239765, МПК А 61В 16/00. Способ полной эвисцерации при патологоанатомическом исследовании с применением малотравматичной технологии / Т.И. Мустафин, Г.Г. Автандилов, В.Н. Ткаченко, Р.Р. Хасанов; заявитель и патентообладатель ГОУ ВПО БГМУ РОСЗДРАВА России. – № 2006149745/14, заявл. 17.11.2006; опубл. 27.07. 2008, Бюл. № 21.
7. Медицинское обоснование малотравматичной технологии патологоанатомических вскрытий / Р.Р. Хасанов [и др.] // Морфологические ведомости. – 2008. - № 1. – С. 298-299.

УДК 618.11-006.6-091:611.651.1

© О.Н. Новичкова, 2014

О.Н. Новичкова

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИМОРФНОГО РАКА ЯИЧНИКОВ

*ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия»
Минздрава России, г. Киров*

Диморфный рак яичников отличается наличием в своем строении двух гистологических компонентов: серозного и муцинозного. Однако большинство практикующих онкологов, гинекологов и патологоанатомов не учитывают этот факт и обозначают эти случаи как овариальная карцинома серозного гистологического типа или как муцинозного. Мы исследовали 28 пациенток с диморфным раком женских гонад, сравнив их с серозными и муцинозными карциномами яичников. В ходе работы было проиллюстрировано отличие этих гистогенетических форм новообразования по ряду клинических и морфологических признаков, что убеждает в необходимости дальнейшего изучения смешанного (серозно-муцинозного) рака яичников.

Ключевые слова: диморфный рак яичников, продолжительность жизни, степень гистологической дифференцировки.

O.N. Novichkova

CLINICAL AND PATHOMORPHOLOGICAL FEATURES OF DIMORPHIC OVARIAN CANCER

Dimorphic ovarian cancer is characterized by the presence in its structure of two histological components: serous and mucinous. However, most practicing oncologists, gynecologists and pathologists do not consider this fact and indicate these cases as either ovarian serous carcinoma histological type, or mucinous one. We investigated 28 patients with dimorphic cancer of the female gonads, comparing them with serous, mucinous carcinoma of the ovary. The work illustrated the difference of these histogenetic forms

of tumors by a number of clinical and morphological characteristics, which proves the necessity of further study of the mixed (serous, mucinous) ovarian cancer.

Key words: dimorphic ovarian cancer, life expectancy, the degree of histologic differentiation.

Разнообразие гистогенетических форм карцином яичников, возможное их сочетание, субъективные критерии дифференциальной диагностики между новообразованиями разной степени гистологической дифференцировки, обильное метастатическое поражение серозных оболочек, всё это существенно осложняет диагностику и рациональное планирование лечения больных [1]. На сегодняшний день международной гистологической классификацией предлагаются лишь 4 гистогенетические формы рака яичников: серозный, муцинозный, эндометриоидный и мезонефроидный. В современных условиях при высоком уровне развития морфологической науки патологи все чаще сталкиваются с эпителиальными злокачественными новообразованиями яичников смешанного гистологического строения, состоящими из двух компонентов: серозного и муцинозного (диморфный рак). По мнению ведущих онкогинекологов, формирование стандартов лечения злокачественных эпителиальных опухолей яичников является весьма трудным делом для лечащего врача, так как зачастую формирование минимальных стандартов терапии в основном осуществляется на анализе клинических прогностических признаков без сопоставления их с биологической особенностью овариального рака [1, 3]. Все вышеизложенное, несомненно, реализуется в снижении эффективности проводимого комбинированного лечения и повышает риск развития рецидивов и метастазов. В соответствии с этим перед морфологом часто встает проблема поиска прогностических признаков, а также расширение обыденных представлений об этой патологии.

Материал и методы

В качестве материала в нашем исследовании использовались: истории болезни стационарного больного, операционные журналы, гистологические препараты операционного материала 28 женщин, страдающих диморфным гистогенетическим типом рака яичника I-IV клинических стадий (FIGO, TNM). Все женщины проходили лечение в гинекологическом отделении бюджетного учреждения Чувашской Республики «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздравсоцразвития Чувашии (главный врач – Долгов И.Ю.) с 1990 по 2005 гг. При оценке течения заболевания анализировались сведения о диспансерном наблюдении за онкологическими больными, полученные из ор-

ганизационно-методического отделения онкодиспансера.

Всем больным, вошедшим в наше исследование, выполнялось хирургическое лечение в объеме: экстирпация матки с придатками и резекцией сальника, с последующей послеоперационной химиотерапией в соответствии с принятым стандартом лечения.

Те случаи, при которых констатировалось возобновление опухолевого процесса, топографически совпадающего с локализацией первичной карциномы после проведенного лечения, рассматривались как рецидив. В соответствии с рекомендациями А.Ф. Урманчевой все наблюдения были разделены на ранние рецидивы, возникшие в первые 6 месяцев после хирургической операции и поздние рецидивы, к которым отнесли случаи возобновления опухолевого роста через 6 и более месяцев с момента проведенного радикального лечения.

Гистологические срезы толщиной 5 мкм окрашивались гематоксилином и эозином по общепринятой методике. Все новообразования подверглись градации по степени гистологической дифференцировки на высокодифференцированные, умереннодифференцированные и низкодифференцированные карциномы яичников исходя из критериев А.С. Broders [5].

Результаты и обсуждение

Женщины, больные раком яичников, анализировались по возрасту, клинической стадии заболевания, акушерско-гинекологическому анамнезу, сочетающимся патологическим процессам в пределах половой системы, наличию рецидива, времени его развития относительно срока радикального лечения. Вместе с тем учитывались такие параметры туморозного образования, как топография опухолевого узла, степень гистологической дифференцировки карциномы.

Средний возраст пациенток с диморфным раком яичников составил $55,3 \pm 12,4$ года. Продолжительность жизни этой категории женщин колебалась от 1 до 73 месяцев и в среднем зафиксирована на уровне 24,0 месяца.

Все респонденты распределились по стадии заболевания следующим образом: I стадия встретилась у 7 (25,0%) пациенток, II стадия – у 4 (14,3%), III стадия – у 11 (39,3%), IV стадия – у 6 (21,4%).

Вместе с тем отмечено, что при диморфном раке яичников более чем в половине всех наблюдений диагностируется двусторон-

ная локализация новообразования – 15 (53,5%) случаев, реже карцинома визуализировалась в правом яичнике – 8 (28,6%) случаев и самому редкому поражению подвергалась левая гонада – 5 (17,9%) случаев.

В литературе акцентируется внимание на сочетание злокачественных эпителиальных образований с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и состоянием менструальной функции у женщин. В ходе оценки этих параметров мы получили сведения, иллюстрирующие сочетание диморфного гистогенетического рака яичников с небольшим количеством беременностей. Так, 3 и менее случаев гестации встречалось у 15 (53,6%) обследованных. Одновременно в выборке преобладали пациентки с утраченной на момент диагностики овариальной карциномы менструальной функцией и составили более двух третей всех пациенток (67,9%).

Для более точного описания особенностей диморфного овариального рака мы изучили степень гистологической дифференцировки новообразований. Полученные результаты убедили нас в том, что неоплазмы этого гистогенеза демонстрируют признаки высокой, умеренной и низкой гистологической зрелости приблизительно в одинаковом соотношении исследований. Высокодифференцированные карциномы диагностированы у 8 пациенток, что составило 28,6% наблюдений, умеренно дифференцированные опухоли встретились нам в 9 (32,1%) случаях и низкодифференцированные – в 11 (39,3%) случаях.

Рецидивы диморфного рака женских гонад были зафиксированы у 6 (21,4%) больных. При этом возникновение повторного опухолевого роста колебалось в большом временном диапазоне – от 1 до 44 месяцев и в среднем составило $15,4 \pm 14,3$ месяца. Обратил на себя внимание тот факт, что к ранним рецидивам был отнесен только 1 (3,6%) случай среди всех больных изучаемой формой овариального рака.

Сопоставляя возраст женщин, у которых нами был диагностирован диморфный гистогенетический тип рака яичников, со све-

дениями, приведенными в литературе [2,4], мы не выявили отличий от такового при установленной серозной и муцинозной карциномах женских гонад. Вместе с тем нам показалось весьма интересным, что сохранение репродуктивной функции у пациенток характерно для женщин, страдающих муцинозным овариальным раком. Так, диморфный гистотип встретился у 32,1% респонденток с сохраненной фертильностью, в то время как муцинозная карцинома была у 40,3% обследуемых. Рак яичников смешанного гистогенеза значимо чаще локализовался в обоих яичниках (53,5%), а при муцинозном – всего лишь в 19,5% случаев. Для диморфного рака женских половых желез характерна диагностика на поздних стадиях (III-IV) заболевания – 60,7%, в то время как муцинозный рак яичников установлен на этом этапе развития болезни менее чем у трети (29,2%) больных. Низкая степень гистологической дифференцировки также более характерна для диморфного рака яичников, чем для муцинозного 39,3% и 11,2% наблюдений соответственно. Как следствие отличий вышеперечисленных параметров, средняя продолжительность жизни больных смешанной формой рака яичников гораздо ниже, чем у женщин с муцинозным гистогенетическим овариальным раком, 24,0 и 39,6 месяца соответственно.

Серозный гистогенетический вариант рака яичников в свою очередь отличался от диморфного рака этой локализации большей частотой диагностики низкодифференцированных новообразований (48,7% против 39,3% наблюдений) и меньшей продолжительностью жизни (22,1 месяца против 24,0 месяца).

Заключение

Таким образом, в ходе работы было проиллюстрировано отличие диморфного рака яичников от новообразований серозного и муцинозного гистогенетического вариантов по ряду клинических и морфологических признаков, что убеждает в необходимости дальнейшего изучения смешанного (серозно-муцинозного) рака яичников.

Сведения об авторе статьи:

Новичкова Ольга Николаевна – ассистент кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России. Адрес: 610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112. E-mail: novichkovaolgan@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выживаемость больных раком яичников / Ю.Е.Демидчик [и др.] // Онкологический журнал. – 2009. – Т. 3, № 1 (9). – С. 11-20.
2. Патоморфологическая характеристика и критерии прогноза рецидивирования муцинозного рака яичников / Е.В. Новичков [и др.] // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2009. – № 3. – С. 16-22.
3. Прогностические факторы при распространенном раке яичников / А.В. Мойсей [и др.] // Онкологический журнал. – 2009. – Т. 3, № 3 (11). – С. 48-54.
4. Способ прогнозирования продолжительности безрецидивного периода у больных серозным раком яичников / Е.В. Новичков // Вятский медицинский вестник. – 2010. – № 3. – С. 37-41.
5. Carcinoma: Grading and practical application / A.C. Broders // Arch. Pathol. – 1926. – Vol. 2. – P. 376-380.