

патологических участках и степенью выраженности железистой ткани молочной железы. При развитии фиброгландулярном комплексе, который выявлен у 177 (84,3%) из 210 больных с узловой формой мастопатии, нами выделены три варианта ультразвуковой картины заболевания. Наиболее часто - у 79 (37,6%) пациенток, определяли на эхограммах локальные зоны пониженной эхогенности однородной структуры, с четкими ровными контурами (1 вариант). Такая ультразвуковая картина связана с развитием аденоза в пальпируемых локальных уплотнениях паренхимы молочной железы. У 55 (26,2%) больных были выявлены изоэхогенные зоны с неоднородной внутренней структурой, обусловленной наличием мелких кист, расширением млечных протоков и фиброзом (2 вариант). В 43 (20,5%) наблюдениях единственным ультразвуковым признаком узловой мастопатии было утолщение железистого комплекса в месте пальпируемого уплотнения молочной железы (3 вариант). У 33 (15,7%) пациенток железистая ткань на эхограммах практически не определялась. В основном это были больные в климактерическом периоде. При УЗИ на фоне жировой инволюции диагностировали участок повышенной эхогенности, однородной структуры, с четкими неровными контурами (4 вариант). Морфологическим субстратом данной эхоскопической картины являлся фиброз.

Из 210 больных с установленным диагнозом узловой мастопатии 167 (79,5%) проведено оперативное лечение. Диагноз заболевания подтвержден морфологически у 153 (91,6%) женщин: из них у 113 (73,9%) была выявлена пролиферативная и у 40 (26,1%) – непролиферативная формы узловой мастопатии. В 8 (4,8%) наблюдениях обнаружен рак и в 6 (4%) – фиброаденома молочной железы. Динамическое наблюдение и консервативная терапия проводилась у 43 (20,5%) больных с узловой мастопатией (3-й вариант ультразвуковой картины). Только трем из них потребовалось в дальнейшем оперативное лечение. Ошибочные ложноотрицательные заключения сделаны у 8,4% оперированных больных. При повторном анализе УЗ картины данных пациенток было установлено, что во всех данных случаях определялись зоны пониженной эхогенности небольших размеров с четкими ровными контурами без признаков дорсального изменения звука. Ультразвуковые признаки позволяющими заподозрить наличие рака молочной железы являются: выявление образований пониженной эхогенности неоднородной структуры, с нечеткими неровными контурами, имеющих вертикальную конфигурацию.

Выводы.

Ультразвуковое исследование является информативным методом для распознавания узловой мастопатии. Эхография совместно с рентгеновской маммографией и данными цитологического исследования позволяет выбрать правильную тактику лечения больных и избежать необоснованных оперативных вмешательств. Показанием к секторальной резекции молочной железы у больных с узловой формой мастопатии является определение при УЗИ локальных зон, отличающихся по эхогенности и структуре от окружающих тканей молочной железы.

Литература

1. Ветшев П. С., Кузнецов Н.С., Бельцевич Д.Г., Озеров С.К. Возможности ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике доброкачественных узловых образований и рака молочной железы // Хирургия. – 2001. - № 6. – С. 15-20.
2. Назаренко Г.И., Юрескул И.В., Богданова Е.Г., Головатенко-Абрамов К.В., Араблинский А.В. Современная диагностика заболеваний молочных желез с использованием передовых медицинских технологий // Медицинская визуализация. – 2003. - № 1. – С 54-64.
3. Хайленко В. А., Легков А. А., Бурдина Л. М., Кижаев Е. В., Кныров Г. Г., Пинхосевич Е. Г., Мустафин Ч. К. Дисплазия молочной железы. – М., 1999. – 32 с.
4. Харченко В. П., Рожкова Н. И Синдром узлового образования в молочной железе // Лучевая диагностика заболеваний молочной железы, лечение и реабилитация. – 2000. – С. 12-62.
5. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи в России в 2009 году. – М.: ФГУ «МНИОИ им.П.А. Герцена Росмедтехнологий», 2010. – 196 с.

ОСОБЕННОСТИ APUD-СИСТЕМЫ ПРИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ

А.А. Чернышова, Л.А. Коломиец

НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Гиперпластические процессы (ГП) эндометрия в ряде случаев являются предвестниками неопластической трансформации клеток и развития аденокарциномы. При этом злокачественное перерождение при железисто-кистозной гиперплазии наблюдается в 2-5%, при плоскоклеточной метаплазии в 15% случаев и в 30-32% при аденоматозной гиперплазии эндометрия в течение 1-14 лет. В развитии гиперпластических процессов и рака эндометрия имеют значение как нарушения гормонального обмена в организме в целом, так и местные изменения тканевого обмена органа-мишени.

Цель исследования: изучение взаимосвязи наличия клеток APUD-системы с пролиферативной активностью эндометрия при гиперпластических процессах и раке эндометрия, а также

идентификация серотонина, продуцируемого апудоцитами эндометрия.

Обследовано 184 пациентки в возрасте от 25 до 72 лет. Отбор больных производился на основании гистологического диагноза. Объектом исследования служили матки, удаленные во время гистерэктомий, а также соскобы эндометрия после гистероскопии с прицельной биопсией. Первую группу составили 62 пациентки железисто-кистозной гиперплазией эндометрия, вторую группу - 31 пациентка с плоскоклеточной метаплазией эндометрия, в третью 41 пациентка с предраковыми состояниями эндометрия, в четвертую - 34 пациентки с раком эндометрия. Выявление клеток APUD – системы осуществлялось методом Гримелиуса с предварительной обработкой и без обработки срезов диастазой, а также аргентафинным методом Массона-Гамперля.

Результаты: клетки диффузной эндокринной системы были найдены у 14% больных с ГП и у 36% больных раком эндометрия. Обменно-эндокринные нарушения оценивались по 3-м основным клиническим проявлениям: ожирение, сахарный диабет и гипертоническая болезнь. Было обнаружено, что в группе женщин, у которых в эндометрии были обнаружены апудоциты, обменно-эндокринные нарушения имелись в 92% случаев, в группе больных без апудоцитов в эндометрии - 38%.

Был проведен анализ взаимосвязи наличия клеток APUD-системы со степенью дифференцировки рака эндометрия. Оценивалось количество аргирофильных клеток, размеры апудоцитов и их расположение в клетке. Выявлено, что в цитоплазме апудоцитов четко контурированные гранулы располагались в основном перинуклеарно. В низкодифференцированных аденокарциномах гранулы были более четко обособлены и занимали апикальную часть клетки, иногда формируя “апикальную клетку”. В высокодифференцированных аденокарциномах более крупные и многочисленные аргирофильные гранулы занимали, как правило, всю цитоплазму клеток.

Таким образом, чем выше дифференцировка рака эндометрия, тем большее количество апудоцитов обнаружено в его паренхиме и отмечено более диффузное их расположение. При снижении дифференцировки опухоли размеры и количество апудоцитов уменьшались, гранулы располагались преимущественно в апикальной части клеток. При проведении количественного анализа апудоцитов было выявлено, что при гиперпластических процессах эндометрия происходит увеличение числа эндокринных клеток до $24,6 \pm 2,34$, по сравнению с контрольной группой ($15,1 \pm 1,21$). При начальных стадиях аденокарциномы тела матки наблюдается еще более значительное уве-

личение количества эндокринных клеток - до $105,3 \pm 12,04$, при распространенных процессах - до $120,5 \pm 5,2$. Апудоциты, вырабатывающие серотонин (ЕС-клетки) обнаружены у 48% пациенток с гиперпластическими процессами и у 52% больных раком эндометрия.

КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*А.А. Чернышова, А.А. Коломиец,
Н.В. Бочкарева, Е.В. Шаншаивили*

НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Рак эндометрия (РЭ), по данным мировой статистики, занимает лидирующие позиции в структуре онкогинекологической заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований. Рак эндометрия характеризуется гетерогенной природой, что проявляется на уровне как факторов риска, так и патогенеза. При этом эндокринные элементы составляют важную часть общей картины и взаимодействуют с комплексом молекулярно-генетических и иных факторов, чем должны определяться особенности формирования групп риска и путей профилактики данного заболевания (Бохман Я.В., 2002; Берштейн Л.М., 2005).

Цель исследования: изучение особенностей клинического и гормонального статусов у пациенток с пролиферативными процессами на фоне метаболического синдрома.

Материал и методы.

В настоящей работе проанализированы результаты обследования 138 пациенток. В 1-ю группу вошли 78 пациенток с гистологически верифицированным диагнозом аденокарциномы эндометрия различной степени дифференцировки. Вторую группу составили 60 пациенток с гиперпластическими изменениями в эндометрии. Для изучения особенностей рака эндометрия у больных на фоне метаболического синдрома пациентки 1 и 2 групп были разделены на 2 подгруппы: с наличием метаболического синдрома и без него.

Возраст пациенток в обеих группах значительно не различался и составил $52,12 \pm 0,64$ и $54,21 \pm 0,89$ года. 1а группу составили 52 пациентки больных РЭ на фоне МС, 1б группу составили 26 больных РЭ без МС. Во 2а группу вошли 32 пациентки с ГП на фоне МС, во 2б – 28 больных с ГП в эндометрии без метаболических расстройств.