

ЭХОСЕМИОТИКА МИКРОИНВАЗИВНОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ**А.А. Мягкова, В.Л. Огрызкова, Л.А. Ашрафян, И.О. Басова***ФГУ «Российский научный центр рентгено-радиологии Росздрава», г. Москва*

С момента выделения основных факторов прогноза и формирования концепции микроинвазивного рака эндометрия еще более актуальной и сложной стала задача внутринозологической диагностики рака эндометрия. С внедрением в клиническую практику высокоэффективной ультразвуковой аппаратуры, практически все аспекты внутринозологической диагностики рака эндометрия удалось реализовать. Тем не менее до настоящего времени остается открытым вопрос высокоэффективной диагностики микроинвазивного рака эндометрия, когда требуется четкая дифференциация инфильтративного компонента с точностью до миллиметра. Таким образом, целью работы стало изучение возможностей современных ультразвуковых технологий в диагностике микроинвазивного рака эндометрия.

Основная группа была представлена 59 больными с микроинвазивным раком эндометрия (рак в пределах слизистой или с инвазией до 5 мм). В качестве группы сравнения были отобраны 48 больных раком эндометрия, у которых имелась инфильтрация в миометрий, превышающая 5 мм, но в пределах 1/3 его толщины. Весь научный поиск осуществлялся с учетом концепции о трех типах роста микроинвазивного рака эндометрия:

I тип – 18 наблюдений (развитие множественных очагов на фоне разной степени выраженности гиперплазии всего эндометрия);

II тип – 22 наблюдения (развитие одного опухолевого очага окруженного гиперплазированной слизистой);

III тип – 19 наблюдений (развитие одного опухолевого очага на фоне атрофической слизистой).

Очевидно, что истинные размеры (линейные параметры и объем) опухолевого очага могут быть достигнуты лишь при III типе роста микроинвазивного рака эндометрия (М-эхо – $8,0 \pm 4,7$ мм; объем – $4,2$ см³). При II типе (М-эхо – $10,5 \pm 5,3$ мм; объем $5,8$ см³) и в большей степени при I типе (М-эхо – $14,5 \pm 6,7$; объем – $8,8$ см³) при ультразвуковом исследовании отображается как сама опухоль, так и гиперпластический процесс окружающей опухоль слизистой. Вполне очевидно, что использование обзорной гистероскопии, корректирующей информацию о характере внутриматочной патологии, в сочетании с сонографией позволило в 57,9 % при III типе и в 45,5 % наблюдений при II типе четко обозначить в ходе ультразвукового исследования собственно опухолевый очаг, в виде образования чаще округлой правильной формы, с четкими контурами, достаточно однородной, как гипер-, так и гипозоженной структурой, средний объем которых составил $1,06$ см³.

Использование системы трехмерной реконструкции показало, что при всех наблюдениях микроинвазивного рака эндометрия полость матки определялась в виде правильного треугольника, преимущественно с четкими границами и ровными контурами. В целом объемная конфигурация полости матки зависела от варианта микроинвазивного процесса. В результате нам удалось в 88,8 % наблюдений правильно оценить вариант инфильтративного роста, при этом эффективность дифференцирования составила 84,7 %.