

Стереотаксическая кор-биопсия под рентгенологическим контролем проводилась на маммографической системе PLANMED с помощью автоматического пистолета системы Bard Monopty используя иглы размером от 14 до 18 G. Показаниями к данному методу исследования являлись очаги повышенной плотности, сгруппированные или диффузные микрокальцинаты, локальная тяжесть структуры молочной железы не определяемые при сонографии. Данный метод исследования был проведен у 73 (24%) пациентки.

Результаты и их обсуждение.

Информативный клеточный материал при проведении ТАПБ под контролем УЗИ был получен у 151 (97,4%) из 155 женщин, которым осуществлялось данное обследование. Четырем пациенткам, с отрицательным результатом биопсии, проводилась повторная биопсия, позволившая получить достаточный для исследования материал. Рак молочной железы установлен у 41 (27,1%) обследованных женщин. У 114 (73,6%) пациенток были диагностированы кисты, фиброаденомы, папиллярные цистоаденомы и другие патологические изменения доброкачественного характера.

Из числа 155 обследованных пациенток прооперировано 73 (47,1%) больных со злокачественными и доброкачественными новообразованиями молочных желез. Гистологическое подтверждение данных ТАПБ было получено у 70 (95,8%) женщин. В 2 случаях были допущены ложноположительные и в 2 ложноотрицательные заключения. Остальным 82 (52,9%) больным с доброкачественной патологией МЖ рекомендовано диспансерное наблюдение у онколога.

У всех 77 пациенток, которым выполнялась вакуумная дрель-биопсия под контролем УЗИ, был получен информативный материал для проведения гистологического исследования. Рак молочной железы морфологически верифицирован у 10 (13%) больных. У 47 (61%) пациенток установлена мастопатия без атипии протокового эпителия и рекомендовано диспансерное наблюдение у онколога. У остальных 20 (26,7%) женщин морфологически диагностированы различные доброкачественные новообразования МЖ, преимущественно фиброаденомы – 90%, которые были полностью удалены при аспирационной вакуумной биопсии.

Информативный клеточный материал для гистологического исследования при проведении стереотаксической биопсии под рентгенологическим контролем был получен у всех 73 обследованных больных. Рак молочной железы был выявлен у 17 (23,2%) женщин, доброкачественные опухоли – у 27 (37%) и локальные формы фиброаденоматоза – 29 (39,8%) пациенток. Оперативные вмешательства были выполнены у 44 (60,2%) женщин, только у 1 (1,4%) пациентки получен ложноотрицательный результат.

Таким образом, проведение морфологической верификации на этапе непальпируемой опухоли молочных желез дало возможность выявить рак МЖ у 68 (22,3%) из 305 обследованных пациенток, у 56 (82,4%) из них – на уровне рака *in situ* и T₁. Ошибочные заключения были допущены у 4 (1,3%) больных. Из 237 (77,7%) женщин с патологическими изменениями доброкачественного характера прооперированы 79 пациенток, из них – 20 путем вакуумной аспирации под УЗ контролем. У 158 (51,8%) больных проведенное комплексное исследование с морфологической верификацией диагноза позволило отказаться от необоснованного оперативного вмешательства.

Выводы:

1. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия и биопсия со вспомогательным вакуумом проводимые под УЗ наведением, а также стереотаксическая кор-биопсия под рентгенологическим контролем являются высокоинформативными диагностическими методами, позволяющими морфологически верифицировать заболевания молочной железы на этапе непальпируемой опухоли.

2. Тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия под контролем УЗИ является наиболее простым, малозатратным и щадящим методом распознавания непальпируемых образований молочных желез. У ряда больных эта манипуляция позволяет избежать секторальной резекции.

3. Стереотаксическая биопсия под рентгенологическим контролем и вакуумная дрель-биопсия под ультразвуковым наведением позволяют определить до начала лечения больных раком молочных желез не только гистологическую форму, но и иммуногистохимический статус опухоли. Последняя также дает возможность полностью удалять непальпируемые доброкачественные опухоли и очаги локального фиброза молочных желез и является альтернативой секторальной резекции.

ИЗМЕНЕНИЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ, ЛИПИДПЕРОКСИДАЦИИ И ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ МАТКИ

Н.Н. Яскевич, М.Т. Малхазова

Тюменский ООД

В последнее десятилетие отмечается значительный рост заболеваемости доброкачественными и злокачественными новообразованиями тела матки. С 1997 года в России рак тела матки занял первое место в структуре злокачественных новообразований женских половых органов (Бохман Я.В., 2002; Ульрих Е.А. и др., 2008). Хорошо известно, что в структуре

смертности онкологические заболевания занимают одно из первых мест, однако, менее известно, что тромбоз является второй по частоте причиной смерти онкологических больных (Балуда М.В., 2001; Соменова О.В. и др., 2008; Петрушкин В.В., 2008; Donati M.V., 1994). Данные современной литературы позволяют говорить об активации системы гемостаза с развитием хронического ДВС-синдрома у онкологических больных. Активация реализуется преимущественно через внешний механизм свертывания крови, т.е. путем воздействия тканевого фактора – TF (ранее использовали термин «тканевой тромбопластин») и, так называемых, раковых прокоагулянтов на фф. VII и X. Тканевой фактор, представляющий собой комплекс апопротеина III с фосфолипидом (Кузник Б.И., Баркаган З.С., 1991, Зубаиров Д.М., 1988, 2000) является пусковым в этом процессе, образуя комплекс с ф. VII, в котором последний подвергается активации, после чего в соответствии с каскадной схемой свертывания происходит активация ф. X в составе комплекса TF/VIIa/Xa/Va и Ca^{2+} (Зубаиров Д.М., 1988, 2000; Бышевский А.Ш. и др., 1992; Шитикова А.С., 2000; Levine M. e.a., 1997).

Цель работы: изучение биохимического и тромбоцитарного компонентов гемостаза, состояние липидпероксидации и антиоксидантного потенциала у больных раком матки при оперативном лечении.

Материалы и методы обследования.

Обследовано 84 больных злокачественными новообразованиями матки (1-3 клинических стадий), которым было проведено радикальное хирургическое лечение (экстирпация матки с придатками). Наблюдения и исследования проводили в отделении гинекологии Тюменского ООД. Клиническое и лабораторное обследование выполняли за день до операции, через 1, 3-4 и 5-7 суток после нее. Клиническое обследование включало изучение жалоб, анамнеза заболевания, жизни, акушерско-гинекологического анамнеза, общий осмотр и специальное гинекологическое обследование, бактериоскопию отделяемого цервикального канала, влагалища и уретры, УЗИ органов малого таза. Учитывали длительность операции, вид анестезии, интраоперационную кровопотерю. У всех пациенток оценивали параметры общей свертывающей активности (описание Баркаган З.С., Момот А.П., 1999), количество, морфологию тромбоцитов (методика Шитиковой А.С. и др., 1996). Состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантный потенциал устанавливали с помощью методик, включающих определение содержания первичных (диеновых конъюгатов /ДК/) и вторичных (малонового диальде-

гида - МДА) продуктов ПОЛ (Стальная И.Д., Горишвили Т.Г., 1977). Антиоксидантный потенциал оценивали по содержанию в эритроцитах витамина Е (неферментное звено) (Рудакова-Шилина Н.К., Матюкова Л.Д., 1982) и активности супероксиддисмутазы и глутатион – S – трансферазы (ферментное звено), (Верболович В.П., Подгорная Л.М., 1987; Медицинские и лабораторные технологии, 2002). Результаты исследований обрабатывали статистически с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты и выводы. У пациенток, страдающих раком матки, ускорена липидпероксидация и активирована антиоксидантная защита (двукратный рост уровня глутатион-S-трансферазы), и имеются признаки развития «переходной» стадии диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, сохраняющиеся до 7 сут после радикальной операции при онкопатологии матки и проявляющейся удлинением АЧТВ, ТВ, увеличением ПО, МНО, уровня РФМК, ПДФ и фибриногена, снижением АТ III, ИРП, повышением числа АФ и числа больших агрегатов. У больных раком матки активация гемостаза синхронизирована с ускорением перекисного окисления липидов и снижением содержания витамина Е в эритроцитах.

ЛЕЧЕНИЕ

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА ЖЕЛУДКА В ПЕЧЕНЬ С ПРИМЕНЕНИЕМ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ

Д.Т. Арыбжанов, А.Р. Сабуров

Южно-Казахстанский ООД, г. Шымкент, Казахстан

В Республике Казахстан заболеваемость раком желудка составляет 21,3-22,0 на 100000 населения, в структуре онкопатологии рак желудка занимает третье-четвертое место и составляет 10,5%. В Южном Казахстане уровень пациентов IV стадией рака желудка составляет свыше 22-23%, а летальность на первом году с момента установления диагноза до 52,5%. Наибольшее число больных с IV стадией процесса к началу лечения имеют метастазы в печени. Лечение больных раком желудка с метастазами в печень представляет собой труднейшую проблему в онкологии.

Цель исследования: оценить непосредственные результаты лечения больных раком желудка с метастазами в печень применением рентгенэндоваскулярных методов.