

гепатоцеллюлярного рака (ГЦР) основывалась на наличии опухолевых эпителиальных клеток, напоминающих гепатоциты. В препаратах отмечалось множество крупных двух- и многоядерных клеток, с наличием в цитоплазме клеток желчного пигмента в виде темных гранул. Наиболее сложной была трактовка препаратов при светлоклеточном варианте ГЦР, при котором опухолевые клетки напоминали клетки светлоклеточного рака почки. С учетом данных канцер-регистра, в двух наблюдениях при цитологическом диагнозе высокодифференцированной аденокарциномы окончательный диагноз соответствовал раку внутрипеченочных желчных протоков. Дифференцировать холангиоцеллюлярный рак от метастазов аденогенных раков или прорастания аденокарциномы желчного пузыря только на основании цитологического исследования невозможно.

В отличие от первичных опухолей печени метастазы встречаются довольно часто. В 28 наблюдениях (30,8 %) диагностированы метастазы аденокарциномы кишечника, что подтвердилось при дальнейшем клиническом и инструментально-морфологическом обследовании. Во всех случаях отмечался характерный для аденокарциномы кишечника признак «частогокольного» расположения клеток в комплексах. С учетом анамнестических данных диагностирован метастаз из легкого у 13 (14,3 %), желудка – у 8 (8,7 %), поджелудочной железы – у 5 (5,5 %), почки – у 2 (2,2 %) больных. Мелкоклеточный и плоскоклеточные

раки легкого отмечены в 4 (4,4 %) и 3 (3,3 %) случаях соответственно. По одному наблюдению отмечены метастазы аденокарциномы из молочной железы, тела матки и цилиндромы слюнной железы (1,1 %). Цитограмма метастаза аденокистозного рака слюнной железы в печень была представлена многочисленными комплексами из мелких мономорфных клеток, в центре которых отмечались участки шарообразного оксифильного вещества. Этот клинический случай интересен тем, что изначально был диагностирован метастаз аденокистозного рака в печень без первично выявленного очага. При тщательном осмотре больного в верхней трети шеи слева обнаружено опухолевидное образование, при пункции которого установлен диагноз цилиндромы слюнной железы. В печень метастазируют также различные злокачественные неэпителиальные опухоли. Нами диагностированы опухоли из АПУД-системы у 3 (3,3 %) больных, злокачественные крупноклеточные лимфомы у 3 (3,3 %) и одно наблюдение меланомы (1,1 %). Цитологический диагноз данных опухолей основывался на характерных для них морфологических признаках.

Выводы. Цитологическое исследование объемных образований печени – достаточно надежный метод диагностики злокачественных опухолей, который позволяет верифицировать первичные и метастатические поражения печени.

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОГНОЗА ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В СОЧЕТАНИИ С МИОМОЙ МАТКИ

А.Б. МУНТЯН

ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»

Актуальность. Значение гиперпластических изменений эндометрия и миомы матки в качестве факторов, повышающих риск развития рака эндометрия (РЭ), а также высокий удельный вес сочетанной патологии эндо- и миометрия делают актуальным поиск новых подходов к СИБИРСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ. 2008. Приложение № 1

оценке риска развития рака эндометрия у этой категории больных.

Цель. Разработка математической модели прогноза риска развития РЭ у больных с гиперпластическими процессами эндометрия и миомой матки, которая проводилась на осно-

вании комплексной оценки анамнестических, клинических, ультрасонографических, гистологических данных, параметров гормонального статуса (всего 47 признаков) у 92 больных, в том числе у 52 больных раком эндометрия в сочетании с миомой матки и у 40 больных с типичной и атипичной гиперплазией эндометрия и миомой матки.

Результаты. В результате проведённой пошаговой логистической регрессии была определена регрессионная функция, в которую вошли наиболее информативные показатели с уровнем значимости $p < 0,05$: возраст, значение индекса массы тела, ширина матки, объём матки, уровень глобулина, связывающего половые стероиды сыворотки крови.

На следующем этапе было определено значение регрессионной функции (F) по формуле

$$F = 27,209 + 0,307 \times x_1 + 0,478 \times x_2 + (-1,027) \times x_3 + 0,194 \times x_4 + (-0,194) \times x_5,$$

где: x_1 = возраст;

x_2 = индекс массы тела;

x_3 = ширина матки (мм);

x_4 = объём матки (см³);

x_5 = уровень глобулина, связывающего половые стероиды сыворотки крови (нмоль/л),

Объём матки рассчитывался по стандартной формуле (Brunn J., 1981)

$$V_{\text{матки}} (\text{см}^3) = \frac{[(\text{длина(мм)} + \text{поперечник(мм)} + \text{ширина(мм)})^3 - 60,79]}{60,79} \times 1000,$$

где V матки – объём матки;

60,79 – постоянный коэффициент;

1000 – коэффициент пересчёта из мм³ в см³.

Затем, используя значение регрессионной функции и основание натурального логарифма (e), была разработана математическая модель в виде формулы для оценки риска развития рака эндометрия у больных с сочетанной патологией эндо- и миометрия.

Математическая модель имеет вид

$$P = \frac{e^F}{1 + e^F} \times 100\%,$$

где P – вероятность развития рака эндометрия у больных с гиперпластическими процессами и миомой матки; e (основание натурального логарифма) = 2,718; F – регрессионная функция.

При значении $P \geq 50\%$ констатировали наличие онкологического риска в плане развития рака эндометрия, а при значении $P < 50\%$ – отсутствие такового риска. Проверка модели проводилась на группе больных гиперпластическими процессами эндометрия с миомой матки, которые не включались в построение модели (n=30). Точка деления $P=0,5$. Средний возраст пациенток, вошедших в проверочную группу, составил $47,8 \pm 5,8$ года. Чувствительность модели составила 87 %, специфичность – 85 %.

Выводы. Впервые разработана математическая модель прогноза онкологического риска у больных гиперпластическими процессами эндометрия и миомой матки с учётом возраста, индекса массы тела, ширины матки, объёма матки, уровня глобулина, связывающего половые стероиды сыворотки крови, позволяющей с чувствительностью 87 % и специфичностью 85 % прогнозировать онкологический риск и активизировать тактику лечения пациенток.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

Е.А. НАДВИКОВА, В.Г. МАСЛОВ, К.В. СЕМИКОПОВ, А.Ю. ДАНИЛИНА

ГЛПУ «Челябинский областной онкологический диспансер»

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты хирургического лечения

больных с метастазами в печень при колоректальном раке.