

($r=0,589$, $p=0,008$). Полученные данные свидетельствуют об определенной дифференциации злокачественных новообразований эндометрия в зависимости от уровня экспрессии Bcl-2. Анализируя выраженность неоангиогенеза и активность ферментов метаболизма эстрогенов в опухолях, можно отметить, что, по-видимому, Bcl-2-позитивные опухоли являются более агрессивными по своему биологическому потенциалу, поскольку в этих опухолях наряду с высоким уровнем синтеза эстрогенов выявлялся также высокий уровень неоангиогенеза, причем в подавляющем большинстве эти опухоли несли PR. В опухолях с низким уровнем неоангиогенеза Bcl-2 экспрессировался несколько реже, чем в опухолях с умеренным и высоким ангиогенезом. При анализе активности ферментов метаболизма эстрогенов выявлено, что в опухолях эндометрия со слабым кровоснабжением активность стероидсульфатазы была статистически значимо ниже по сравнению с опухолями с умеренным и высоким ангиогенезом и составила – $56,3 \pm 13,3$ и $107 \pm 19,0$ фмоль эстрон сульфата/мг белка в час соответственно ($p=0,048$). Полученные данные свидетельствуют, что неоангиогенез и апоптоз в опухолях эндометрия тесно связаны с активностью фермента синтеза эстрогенов – стероидсульфатазой, а также с наличием ER и PR в опухоли.

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО МОНИТОРИНГА ПРИ РАКЕ ШЕЙКЕ МАТКИ

Д.Н. Воргова, М.И. Воронин, А.В. Важенин

Челябинский ОКОД
Уральская КБ ФГУ «РЦРР
МЗ и социального развития РФ, г. Челябинск

Проведение комплексного ультразвукового мониторинга при раке шейки матки позволяет оценить распространенность, динамику лечения больных, а так же выявить сопутствующую патологию.

Цель исследования: выявить сопутствующую патологию шейки матки при раке.

Задачи: 1. провести комплексное ультразвуковое исследование больных раком шейки матки до лечения. 2. Провести анализ полученных результатов.

Методика. На первом этапе комплексного ультразвукового мониторинга больным раком шейки матки проводили обзорное трансабдоминальное обследование органов малого таза в В-режиме после предварительного естественного наполнения мочевого пузыря. На втором этапе исследования проводили трансвагинальное ульт-

развуковое исследование органов малого таза после опорожнения мочевого пузыря. При прицельном исследовании шейки матки в В-режиме определяли объем (см^3), контуры, эхогенность и эхоструктуру шейки матки. В режиме цветового доплеровского картирования оценивали наличие и степень васкуляризации.

Результаты и обсуждение.

В исследование вошли 96 больных раком шейки матки, находившихся на стационарном лечении в 1 радиологическом отделении ГЛПУ «ЧОКОД». Пациенток со II стадией было 13,3%, пациенток с III ст. – 85,8%, с IV стадией – 0,9%.

Плоскоклеточный рак шейки матки составил 93,3%, плоскоклеточный ороговевающий рак составил 14,3%, плоскоклеточный неороговевающий рак – 54,6%. Форма плоскоклеточного рака не определена – 24,4%; железисто-плоскоклеточный рак – 1,7%; аденокарцинома – 5%.

Изучение закономерностей формы роста рака шейки матки показало, что смешанная форма выявлена у 39,3%, эндофитная форма у 27,4%, экзофитная форма – у 33,3% пациенток.

В ходе работы применялись ультразвуковые сканеры: IMAGE POINT HX (HEWLETT PACKARD), с конвексным многочастотным датчиком 2,5-5,0 МГц, с внутриматочным многочастотным датчиком 5,0-7,5 МГц, GE LOGIQ 9, с конвексным многочастотным датчиком 2,5-4,0 МГц и внутриматочным многочастотным датчиком 5,0-8,0 МГц.

При проведении трансабдоминального исследования органов малого таза Наботовы кисты не визуализировались. При проведении трансвагинального исследования хорошо визуализировались анэхогенные образования с четкими ровными контурами, округлой или овальной формы с дистальным усилением звука, не утолщающие и не деформирующие контур шейки матки, в режиме цветового доплеровского картирования аваскулярные. Размеры Наботовых кист составили $1,49 \pm 0,31$ мм, причем минимальный размер составил 0-2 мм, максимальный размер 16 мм. У 22% больных раком шейки матки количество кист составило от 2 до 5, а у 3% более 5.

Заключение.

У 25% больных раков шейки матки выявлены кисты Наботовых желез. В большинстве случаев кисты протекали бессимптомно, что согласовывается с данными литературы (Хачкурузов С.Г., 2003). По данным литературы размеры кист составляют от 3 до 20 мм (Хачкурузов С.Г., 2003), в нашем исследовании средний размер составил $1,49 \pm 0,31$ мм.

По данным С.Г. Хачкурузова (2003), Наботовы кисты могут служить резервуаром скрытой инфекции (гонорейной). Наличие острой формы

венерического заболевания на момент лечения рака шейки матки является фактором плохого прогноза (Важенин А.В., 2003).

Выводы:

1. У 25% больных раком шейки матки обнаруживаются Наботовы кисты.

2. Наличие кист шейки матки является косвенным признаком плохого прогноза больных раком шейки матки.

НЕОЛИМФОАНГИОГЕНЕЗ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ш.Х. Ганцев, Р.Ш. Ишмуратова,
А.В. Султанбаев, В.Ю. Фролова

Башкирский ГМУ, г. Уфа

Прогресс онкологической науки во многом сопряжен с успехами в экспериментальной и теоретической онкологии. Последние годы ознаменовались новыми открытиями в онкологии, имеющими первостепенное значение для понимания механизмов развития рака, метастазирования, прогрессии, противоопухолевого надзора и др. Рак молочной железы (РМЖ) почти повсеместно имеет тенденцию к росту, в РФ сохраняется высокий уровень запущенности при этой форме рака, инвалидизация женщин за счет органосохраняющих операций, лимфостаза, ранней диссеминации и др. Неолимфоангиогенез понятие достаточно новое, впервые описано при раке молочной железы японскими учеными в начале XXI века. В норме лимфатические узлы человека имеют 4-6 приносящих лимфатических сосудов. При раке с метастазами в лимфатические узлы отмечается рост числа приносящих лимфатических сосудов (неолимфоангиогенез), изменение диаметра этих сосудов, исчезновение клапанов. Наши ранние работы (Ганцев Ш.Х. и соавт., 2010; Татунов М.А., 2010) свидетельствуют о том, что чем ближе лимфатический узел (ы) к первичной опухоли, тем процесс неолимфоангиогенеза (НЛАГ) более выражен. Значение НЛАГ при раке молочной железы к настоящему времени не установлено. Специфических лекарственных препаратов обладающих свойством блокировать НЛАГ, нет. Вопрос необходимости блокирования НЛАГ при метастазах рака ни кем не изучался.

Цель исследования: проанализировать особенности неолимфоангиогенеза при раке молочной железы II и III стадий в зависимости от дифференцировки опухоли и рецепторного статуса опухоли (her2 neo).

Материал и методы.

Объектом настоящего исследования послужили первичные опухоли молочной железы, лимфонодулярный комплекс тканей аксиллярной области – лимфатические сосуды (афферентные и эфферентные), лимфатические узлы, взятые у 100 лиц женского пола зрелого возраста, во время оперативного вмешательства по поводу РМЖ.

Выделение лимфатических узлов и сосудов из тканей аксиллярной области производилось с помощью ультразвукового аппарата LySonix 3000® с PulseSelect™ (США) методом сонолиподеструкции.

Для исследования из полученного лимфонодулярного комплекса выбирался один лимфатический узел первого порядка (сторожевой). Дальнейшее исследование лимфонодулярного комплекса проводилось с помощью операционного микроскопа OPTON – OPMI 6 CFC. Фокусное расстояние 200 мм, оптическое увеличение от 5 до 30 раз. Гистологические и иммуногистохимические исследования препаратов опухоли молочной железы, лимфатических узлов проводились традиционным способом. Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием пакета прикладных программ, с применением оценки средней арифметической вариационного ряда (М).

Результаты и обсуждение.

По степени дифференцировки рака молочной железы сформировано три равноценных группы больных. Выделены высокая, умеренная и низкая степени дифференцировки. У пациенток с высокой степенью дифференцировки опухоли молочной железы среднее количество сосудов перффузирующих сторожевой лимфатический узел (СЛУ) достигало 25 (при норме 4-6), при умеренной степени – 19,8, а при низкой степени – 15. Диаметры приносящих лимфатических сосудов также имели свои особенности. При высокой степени дифференцировки РМЖ диаметр лимфатического сосуда СЛУ в среднем достигал 0,645 мм (измеряли во всех случаях в 10 мм от капсулы лимфатического узла), при умеренной дифференцировке – 0,686 мм, а при низкой дифференцировке – 0,832 мм. В норме диаметры приносящих лимфатических сосудов колеблются в диапазоне 0,150-0,250 мм.

В зависимости от степени экспрессии рецепторов her2 neo при РМЖ с метастазами в лимфатические узлы аксиллярной области выявлены следующие данные. При her2 neo (-) среднее количество приносящих лимфатических сосудов достигало 22,9, при her2 neo (+) – 18,5, при her2 neo (++) – 16,2, а при her2 neo (+++) – 14. Диаметр вновь образованных лимфатических сосудов достигал при her2 neo (-) -0,853 мм, при her2 neo (+) – 0,710 мм, her2 neo (++) – 0,830 мм, а при her2 neo