

УДК 618.14/.146/.19-006-071-059-089:616-055.28 (575.3)

С.Г.Умарова, Д.З.Зикирходжаев, Ю.Ю.Норматова

**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ***(Представлено академиком АН Республики Таджикистан Г.К.Мироджовым 13.06.2007 г.)*

Во всем мире имеется тенденция к увеличению уровня заболеваемости и смертности от рака яичников. Среди больных с впервые установленным диагнозом на долю III и IV стадии приходится 37.2 и 27% соответственно [1]. По сводным данным популярных раковых регистров стран Европы, 1-летняя выживаемость больных раком яичников составляет 63%, 3-летняя – 41%, 5-летняя – 35% [2].

Сложное многокомпонентное строение самого яичника объясняет многообразие гистологических вариантов опухолей и клинических проявлений. Это в свою очередь объясняет трудности диагностики новообразований яичников. Одним из путей улучшения ранней диагностики злокачественных опухолей яичников является активное выявление их и проведение углубленного комплексного обследования женщин, относящихся к группе повышенного риска.

На всех этапах обследования женщин необходимо проводить специальный гинекологический осмотр. Комбинированное двуручное ректо-вагинальное абдоминальное исследование позволяет оценить состояние матки и придатков, окружающей ткани и органов и их изменения в процессе проводимого лечения. К преимуществам этого метода относится доступность, а к недостаткам – низкая информативность.

Точность выявления различных объемных образований придатков матки составляет 30%, а правильность определения их нозологической принадлежности – 17% [3].

Учитывая отсутствие достоверных признаков, позволяющих дифференцировать злокачественные опухоли от доброкачественных, А.Е.Колосов [4] предложил рассматривать каждую обнаруженную опухоль как потенциально злокачественную.

Гинекологический осмотр также используют как скрининговый метод отбора лиц для дальнейшего исследования с использованием современных методик [5].

Немаловажным для верификации диагноза, контроля эффективности лечения, оценки длительности достигнутой ремиссии заболевания после лечения является цитологический метод исследования.

Материалом для цитологического метода исследования могут служить смыв или выпот из дугласова пространства, выпот из брюшной или плевральной полости, пунктат из лимфатических узлов, аспират из полости матки.

Использование данного метода позволило сотрудникам НИИ им. П.А.Герцена установить правильный диагноз у 84.9% женщин из групп повышенного риска и у 96.4% больных раком яичников. При подозрении на рецидив заболевания правильный диагноз был установлен у 75% больных. [6]. В целом информативность цитологического метода, по данным различных авторов, составляет 70-96% [7-9].

Наиболее информативным материалом является наличие жидкости в брюшной и плевральной полости (96.9%), пунктат из опухоли (70.0%), мазки-отпечатки с поверхности разреза опухоли (78.9%) [10].

С 1970 г. с внедрением ультразвуковой технологии наступила новая эра в диагностике рака яичников. На сегодняшний день ультразвуковой метод исследования является эффективным методом, позволяющим проводить дифференциальную диагностику опухолевых образований яичников, а также определить распространенность заболевания.

По сравнению с клиническими исследованиями, применение только ультразвукового сканирования позволяет более чем в два раза улучшить диагностику кистозных образований яичников [11, 12]. Чувствительность и специфичность ультразвукового метода, по данным разных авторов, различны. В исследованиях датского ученого Davidsen Morten Bulow [13] чувствительность - к эхографии в диагностике злокачественных опухолей яичников составила 97%, а специфичность – 28%.

В работе [14] получены другие показатели чувствительности 80-90% и специфичности – 87-97%. Ультразвуковое исследование дает до 27% ложно-положительных и до 9% ложно-отрицательных результатов.

Е.Г.Новикова, Е.А.Ронина [15], анализируя собственные исследования, определили точность топической диагностики при УЗИ в 85-94%, при этом достоверность исследований соответствовала 70-93%. Это позволило им рекомендовать ультразвуковой метод в качестве скрининг-метода.

Считают, что чем сложнее внутреннее строение опухоли, тем более вероятна ее злокачественность. В зависимости от строения опухоли яичников принято различать четыре ее варианта [4]: кистозные, кистозно-солидные, солидно-кистозные, солидные. Второй и четвертый варианты, по мнению А.Е. Колосова, наиболее характерны для рака яичников.

Для диагностики рака яичников и дифференциальной диагностики опухолевых образований яичников ряд авторов рекомендуют применение цветной доплерометрии [16, 17]).

При проведении цветной доплерометрии критериями злокачественности является индекс резистентности (RI) не выше (0.4) и индекс пульсации (PI) не выше (1.0) [17, 18]. Авторы отмечают, что при комбинированном трансвагинальном ультразвуковом исследовании и доплерометрическом обследовании критериями злокачественности является наличие арте-

риального кровотока в толще образования, что увеличивает специфичность диагностики до 94% и снижает число ложноположительных результатов.

Нами проведен анализ данных из историй болезни и амбулаторных карт 48 больных раком яичников, находившихся на обследовании и лечении в условиях Государственного учреждения Онкологический научный центр (бывш. Республиканского клинического онкологического центра) в период с 2000 до 2006 гг. При этом изучалась сонографическая картина опухолей и их гистологическая структура по протоколам ультразвукового исследования, а также морфологического исследования операционного материала. Стадия заболевания определялась на основании классификации FIGO (1977) и Международной классификации по системе TNM (1981). Гистологические препараты проанализированы в соответствии с модифицированной классификацией ВОЗ № 9 (1985). Ультразвуковое исследование проводилось на ультразвуковом сканере SSD-4000 фирмы ALOKA с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков с частотой 3.5-5 МГц. Трансвагинальное ультразвуковое исследование проводилось больным с ожирением и наличием спаечного процесса в малом тазу. Основанием для направления в онкологическое учреждение большинства больных явилось обнаружение опухоли различных размеров в проекции придатков матки или в малом тазу. В исследуемой группе больных 27 женщин проживало в городе, 21 – в сельской местности. Анализ возрастного состава пациенток показал, что наибольшее число больных – 24 (50%) было в возрасте 50-69 лет, средний возраст больных составил 51 год. Из 48 больных: 30 (62.5%) были в менопаузе; в пременопаузальном периоде – 5 (1.04%); в репродуктивном возрасте – 13 (27.4%) женщин. Нарушения менструального цикла в виде ациклических кровянистых выделений из половых путей имели 9 (18.8%) больных, гипоменорея отмечена у 8 (16.7%) женщин.

Из 48 обследованных нами женщин у большинства (45.8%) выявлены распространенные формы заболевания – III-IV стадия – у 24 (50%) и 22 (45.8%) соответственно, у 2 (0.4%) – II стадия. Согласно данным ультразвукового исследования, опухоли локализовались в правом яичнике у 12 (25%) больных, в левом – у 15 (31.3%), оба яичника были поражены у 21 (43.8%) больной. Размеры опухоли: до 8 см в диаметре – у 15 (31.3%) больных, 8-15 см – у 24 (50%), > 15 – у 9 (39.6%), асцит – у 9 (18.8%) пациенток. Структура образования была неоднородной, смешанной (солидно-кистозной) у 36 (75%) больных, кистозной – у 9 (18.8%), солидная опухоль имела место у 7 (14.6%) больных. Опухоли яичников были многокамерными в 41 (85.4%) случае и однокамерными в 7 (14.6%). При этом, неровность контуров опухоли отмечена в 32 (66.6%) случаях. Необходимо отметить, что в 2 случаях ультразвуковая картина интерпретировалась как миома матки, в одном – как tuboовариальная опухоль, и в 17 – кисты яичника. Во всех остальных 28 случаях ультразвуковая картина опухоли вызывала подозрение на злокачественный процесс. Изучение протоколов морфологического исследова-

ния операционного материала показало, что у большинства - 33 (68.7%) больных рак яичников развился на фоне цистаденом, серозная цистаденокарцинома имела место у 29 (60.4%) больных, из них у 10 (20.8%) оказалась папиллярная цистаденокарцинома, муцинозная цистаденокарцинома – у 3, эндометриоидная – у 1. Первичный рак яичников обнаружен у 15 (31.2%) больных. По морфологическому строению железисто-солидный рак выявлен у 8 (16.6%) больных, дисгерминома – у 3 (6.2%), гранулезно-клеточная карцинома – у 2 (4.1%), светло-клеточная и эмбриональная карциномы – по 1 (2.1%) больной.

Таким образом, для первичной диагностики и установления стадии рака яичников целесообразно врачам общей лечебной сети использовать комплексное ультразвуковое исследование в сочетании с клиническими, лабораторными и морфологическими методами. Расхождения предоперационного диагноза с хирургическим составляет 31.8% случаев [19], в связи с чем немаловажное значение имеет наличие высокой квалификации у врача, осуществляющего ультразвуковое исследование [3].

Применение современной ультразвуковой техники позволяет опытному клиницисту, с учетом результатов других методов исследования, получить четкое представление о характере опухоли и выработать план дальнейшего обследования и лечения этой категории больных. Несмотря на противоречивые результаты ультразвуковой диагностики рака яичников по литературным данным, признаками, характерными для злокачественных опухолей яичников, остаются: неоднородное смешанное строение опухоли, нечеткость контуров, наличие перегородок и уплотнений, папиллярные разрастания по наружной и внутренней ее поверхности, наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Государственное учреждение

Поступило 17.06.2007 г.

Онкологический научный центр

Министерства здравоохранения Республики Таджикистан

ЛИТЕРАТУРА

1. Степанова Е.В. с соавт. - Российский биотерапевтический журнал. – 2002, т. 1, № 4, с. 14-20.
2. Аксель Е.М, Козаченко В.П., Ушакова Г.И. - Современные экспериментальные и клинические подходы к диагностике и рациональному лечению рака яичников. М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2001.
3. Кулаков В.И., Демидов В.Н., Гатаулина Р.Г., Гусс А.И., Волков Н.И. - Ж. Акушерство и гинекология, 1996, № 5, с. 15-19.
4. Колосов А.Е. Опухоли яичников и прогноз для больных. Руководство для врачей. – Киров, 1996, 240 с.
5. Teneriello M.G., Pork R. - Cancer J. Clin., 1995, v. 45, № 2, p. 71-87.

6. Антошечкина Е.Т., Борисов В.И. - Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями. Руководство для врачей. Под ред. В.И. Чиссова. – 1989, 394 с.
7. Макаров О.В., Борисенко С.А. - Российский медицинский журнал. – 1996, № 3, с. 36-41.
8. Харитонов Т.В. - Российский онкологический журнал. 1997, т. 6, № 10, с. 669-672.
9. Christensen B., Hoffmann J., Metr K.A., Schindlim A.E. - Zbl. Gynaecol. 1997, v. 119, № 2, p. 66-74.
10. Бохман Я.В. - Руководство по онкогинекологии. Л.: Медицина. 1989, 464 с.
11. Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. – М. – 1990.
12. Atri M., Stempel J., Bref P. - J. Clin. Ultrasound. 1992, v. 20, № 4, p. 255-261.
13. Davidsen M., Nielsen S., Sell V. - Vgeskr. Laeser. 1994, v. 156, № 46, p. 6861-6864.
14. Rodrigues L.M., Vico H., Merino G., Acien P. - Clin. E Invest. Ginecol. Y Obstet. 1995, v. 22, № 3, p. 107-112.
15. Новикова Е.Г., Ронина Е.А. - Ж. Гинекология. Media medica. 1999, № 2, с. 42-44.
16. De Priest P.D., Vorner E., Powell J., et al. - Gynecol. Oncol. 1994, v. 55, p. 174-179.
17. Guerriero S. - Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1997, v. 76, Suppl. 167.
18. Kurjak A., Shalan H., Kupesic S. - J. Ultrasound Med. 1994, v. 13, p. 295 – 302.
19. Богданова Е.А., Кондриков Н.И., Киселева И.А., Волков Н.И., Мартыш Н.С. - Ж. Гинекология – Media medica. 1999, № 2, с. 76-80.

С.Г.Умарова, Д.З.Зикирходжаев, Ю.Ю.Норматова

ТАШХИСИ УЛТРАСАДОИ САРАТОНИ ТУХМДОНҲО

Айни замон ташхиси ултрасадо усули дақиқест барои муайян кардани худуд ва дифдиагностикаи омосҳои тухмдонҳо. Барои ташхиси дақиқи бо ултрасадо дараҷаи ба-ланди мутахассисии духтур аҳамияти муҳим дорад. Нишонаҳои хоси омосҳои бадсифа-ти тухмдонҳо инҳоянд: ҳархела ва омехта будани сохти дарунии омос, номуайянии сарҳадҳо, мавҷудияти деворақҳову саҳтиҳо, нашъунамои папиллярӣ аз сатҳи дохилию берунии он, мавҷудияти моеи озод дар ковокии шикам.

S.G.Umarova, D.Z.Zikirjakhojaev, Yu.Normatova

ULTRASOUND DIAGNOSTICS OF MALIGNANT TUMORS IN OVARIES

Today ultrasound investigation is one of the most effective approaches to differential diagnostics of malignant tumors in ovaries and the way to determine the size of their spreading as well. Good qualification of the specialist who carries out ultrasound investigation is of great importance. The traits which are characteristic to the malignant tumors are: heterogeneous mixed structure of the tumor, indistinct contours, presence of partitions and infiltrations, papillary invasions outside and inside of its surface, availability of spare liquor in abdominal cavity.