не находят подтверждений достоверной взаимосвязи этих показателей (Шойхет Я.Н., 2008; Kar-tain S., 2001).

Вместе с тем опубликованы результаты исследований, в которых HER-2-положительные опухоли имеют более агрессивное течение (S. Braun, 2000; S.V. Bull, 2004) и резистентны к проводимой лекарственной терапии, и, как следствие, показатели 5-летней выживаемости у пациентов с II-III стадией с гиперэкспрессией HER-2 уменьшаются в 2 раза по сравнению с больными без гиперэкспрессии, а показатели 10-летней выживаемости уменьшаются в 3 раза (Volpi A., 2003; Imoto S., 2007). Сделан вывод, что гиперэкспрессия HER-2 способствует возникновению «ранних» рецидивов (S. Bonin, 2008), повышает риск отдаленных метастазов (Moon Y.W., 2007; Yang L., 2007) и риск смерти от прогрессирования заболевания (Muss H.B., 2007; Bonin S., 2008; Fodor J., 2008).

Наши исследования показали наличие HER-2-положительных опухолей у 55 прооперированных больных, что составило 47%.

В последнее время в литературе появились исследования течения болезни у больных с «тройным негативным статусом» – сочетание РЭ(-), РП(-) и HER-2/neu(-) (Dent R., 2007; Ihemlandu C.U., 2008; Yuan Z.Y., 2008). «Тройной рецепторотрицательный статус» встречается в 11,2% случаев РМЖ и способствует раннему прогрессированию болезни (Dent R., 2007).

Среди пациенток, участвующих в нашем исследовании, «тройной негативный статус» был определен только у 2 человек, что составило 1,7%.

По нашим предварительным данным, у пациенток с рецидивами, как правило, определяется сочетание нескольких факторов риска. Наиболее часто встречается сочетание размера опухоли более 2 см и низкой дифференцировки опухоли.

Выводы.

Проведенные исследования показали, что для обеспечения высокой эффективности лечения и повышения качества жизни оперированных пациенток необходимо дальнейшее изучение, накопление статистического материала и оценка прогностических факторов рецидивирования у больных РМЖ.

ВАКУУМНАЯ БИОПСИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ТЮМЕНСКОМ ОБЛАСТНОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

А.Г. Синяков, А.В. Чижик,
Д.Д. Нохрин, Н.М. Федоров

Тюменский ООД
Тюменская ГМА

В структуре онкологической заболеваемости женского населения России рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место. В структуре смертности РМЖ занимает второе место, при этом темп прироста по показателям смертности остается самым высоким – 28% [2]. Удельный вес ранних стадий злокачественных опухолей молочной железы в целом не превышает 30% [1]. Эффективность используемых в настоящее время методов диагностики остается низкой.

Пункционная биопсия узловых образований молочной железы возможна только при пальпируемых опухолях, а ее диагностическая эффективность составляет 50% [3]. Трепанобиопсия, также, имеет ряд недостатков, основной из которых – недостаточное количество ткани образца для полноценного гистологического исследования. В течение длительного времени эксцизионная биопсия (секторальная резекция) оставалась единственным методом извлечения подозрительного участка ткани молочной железы для патоморфологического исследования.

С июня 2010 г. в Тюменском областном онкологическом диспансере используется вакуумная система для биопсии образований молочной железы Mammotom НН под контролем ультразвука. Эта установка позволяет проводить забор клеточного материала для его гистологической верификации, что повышает эффективность дифференциальной диагностики, дает возможность исследовать тканевые маркеры (РЭ, РР, Her-2 neu, Ki-67 и т.д.). За счет вакуумного насоса в зонде системы создается разреженное пространство и в апертуру втягивается ткань молочной железы. Такой механизм обеспечивает получение максимального объема образцов, путем однократного введения иглы, что дает возможность получения лечебного эффекта. Поэтому данная методика используется как альтернатива секторальной резекции при непальпируемых доброкачественных образованиях размером до 2 см в диаметре.

За период с 1 июня 2010 г. по ноябрь 2011 г. на базе Тюменского ООД накоплен клинический опыт, реализованный на аппарате Mammotom-НН (производство Johnson & Johnson, США). В течение этого времени в амбулаторных условиях было выполнено 114 вакуумных дрель-биопсий очаговых образований молочных желез под УЗИ навигацией. Средний возраст пациенток 36 лет (от 20 до 52 лет).

Результаты и обсуждение

В 37 случаях (32,5%) вакуумная биопсия была произведена при верифицированном раке молочной железы с целью забора материала для проведения иммуногистохимического исследования опухоли на РЭ, РР, Her-2 neu, Ki-67, перед началом специального противоопухолевого лече-

ния. 57 пациенткам (50%) с непальпируемыми образованиями молочных желез, выявленными при УЗИ, процедура выполнялась с диагностической целью для гистологической верификации процесса. При этом в 10 случаях выявлен рак молочной железы, в остальных – фиброзно-кистозная мастопатия. Последним пациенткам не потребовалось дополнительного хирургического вмешательства, т.к. в момент биопсии подозрительный участок ткани молочной железы практически или полностью удалялся, но, эти женщины остаются под наблюдением маммологов. У 20 пациенток (17,5%) с помощью вакуумной установки выполнено удаление фибroadеномы. Осложнения выявлены у 7 женщин: у 1 - кровотечение, которое остановлено консервативным путем; у 6 – гематомы, не требующие специального лечения. Все процедуры выполнены амбулаторно. Среднее время, затраченное на процедуру, составило 15-25 мин.

Таким образом, преимущества вакуумной биопсии узловых образований молочных желез очевидны: малая травматичность, отсутствие послеоперационных рубцов, местная анестезия, короткий послеоперационный период, возможность выполнения амбулаторно. Система Mammotom-НН дает возможность гистологической верификации процесса во всех случаях, является менее инвазивным методом в целом, обеспечивает повышенную точность и комфорт, экономии средств и времени.

Литература:

1. Ганышева И.П., Степанова Е.В. // Рус.мед.журн. – 2003. - № 11. – Р. 783-786.
2. Кшень В.И., Муйжепек Е.Л. Гиперпластические процессы в органах женской репродуктивной системы. – Москва: Димитрейд График групп, 2005.
3. ASCO. Outcomes of cancer treatment for technology assessment and cancer treatment guidelines // Clin Oncology. – 1996. – Vol. 14, №3. – Р. 671-679.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДИК В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

*И.В. Столярова, Б.А. Минько,
А.А. Ярошук, С.Ю. Гладков*

РНЦРХТ, г. Санкт-Петербург

Анализ онкологической ситуации последнего десятилетия в России свидетельствует о неуклон-

ном росте заболеваемости раком эндометрия (РЭ), которая к 2007 году заняла второе место среди всех злокачественных опухолей у женщин, уступая лишь раку молочной железы. Существенное увеличение распространенных форм РЭ связано с недостаточно эффективными мероприятиями первичной диагностики.

Цель работы: изучение возможностей комплексного ультразвукового исследования (УЗИ) с применением импульсной доплерометрии, цветового и энергетического доплеровского картирования (ЦДК, ЭК) и трехмерной реконструкции изображений, в целях первичной диагностики РЭ, а также мониторинга больных получающих противоопухолевую терапию.

Материалы и методы.

По определенной программе с применением новейших ультразвуковых методик обследовано 66 пациенток в пери- и постменопаузальном периоде, находившихся на лечении в отделении радиохирургической гинекологии РНЦРХТ с подозрением на РЭ. В результате проведенного исследования у 14 больных (21,2%) выявлены гиперпластические процессы эндометрия, а у 52 пациенток (78,8%) злокачественные процессы эндометрия. Средний возраст больных при доброкачественной патологии составил $42,6 \pm 7,2$ года, при раке эндометрия — $65,4 \pm 7$ лет. Во всех случаях диагноз был верифицирован гистологически.

При трансабдоминальном исследовании у пациенток оценивали состояние матки и яичников, определяли объемы тела и шейки матки, ширину М-эхо, по определению отношения объема измененного эндометрия к объему тела матки проводили оценку индекса инвазивного роста. При ТВУЗИ методами доплерометрии проводили измерение кровотока и индекса резистентности в маточных артериях, оценивали интенсивность внутритканевого кровотока. Использовали ЦДК, ЭК и проводили трехмерную реконструкцию матки. На всех этапах исследования оценивали состояние структуры эндо- и миометрия, их однородность. При выявлении очаговых изменений определяли их размеры, степень распространенности и взаимоотношение с окружающими органами и структурами. Определение стадии рака тела матки было осуществлено согласно Международной классификации рака (FIGO, 1988).

В результате проведенного исследования рак Ia стадии диагностирован у 25 пациенток, Ib – у 13, Ic – у 4, II стадии – у 5, III стадии – у 3, случай. IV стадии – у 2. Степень дифференцировки опухоли коррелировала со стадией заболевания. При миометриальной инфильтрации в пределах 5 мм толщина М-эхо в среднем составляла $18,4 \pm 6,7$ мм. При глубоком инфильтративном процессе толщина М-эхо в среднем составляла $24,0 \pm 12,5$ мм. У 30 пациенток (57,7% наблюдений) границы