

цессами этот показатель едва превышает 300 нм. Уменьшение числа СГ в эндокриноцитах при раке сопровождается признаками активации их секреторной активности: инвагинаты кариолеммы, крупные, эксцентрично расположенные ядрышки, расширение цистерн эндоплазматического ретикулума, хорошо выраженный пластинчатый аппарат. Наряду с этим в клетках встречаются набухшие митохондрии с деформированными кристами и многочисленные вакуоли разной величины. Обращает на себя внимание присутствие в боль-

шинстве исследованных клеток центриолей, крайне редко визуализируемых как в норме, так и при гиперпластических процессах в эндометрии.

Таким образом, низкая гистологическая выявляемость эндокриноцитов эндометрия при раке, вероятно, может быть объяснена уменьшением количества секреторных гранул в цитоплазме этих клеток, что в совокупности с анализом состояния органоидов общего назначения свидетельствует об интенсификации процессов синтеза и выведения секрета.

ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДООПЕРАЦИОННОМ СТАДИРОВАНИИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Ю.Ю. Табакман, А.Г. Солопова, А.М. Чабров

Онкологический клинический диспансер № 1, г. Москва

Целью настоящего исследования явилось определение возможностей магнитно-резонансной томографии (МРТ) с контрастным усилением (КУ) в диагностике рака эндометрия (РЭ) и в выявлении глубины инвазии опухоли эндометрия в миометрий.

Проанализированы результаты МРТ у 70 больных РЭ, проходивших лечение в онкологическом отделении клинического онкологического диспансера. Возраст колебался от 36 до 77 лет. Всем больным МРТ проводилась после гистологического подтверждения диагноза. МРТ проводилась на аппарате Magnetom «Harmony» фирмы «Siemens», с напряженностью магнитного поля 1,0 Тесла с использованием поверхностной катушки. У каждой больной изучали основные характеристики опухоли (размер, объем поражения, локализацию) и сопоставляли их с данными, полученными при осмотре макропрепарата, а также гистологическим заключением. Стадию распространения РЭ определяли по результатам клинического обследования с последующей коррекцией после проведения оперативного вмешательства. При определении стадии РЭ мы использовали классификацию TNM и классификацию Международной ассоциации акушеров и гинекологов (FIGO). При хирургическом стадировании инвазию миометрия расценивали как отсутствующую при IA стадии, поверхностную при IB, если она распространилась менее чем на S миометрия или глубокую при IC стадии, если

опухоль прорастала половину и более толщины миометрия.

В соответствии с хирургическим стадированием распределение по стадиям было следующим: I стадия РЭ – у 54 пациенток, IA – 10, IB – 23, IC – 21, II стадия – 7, III стадия – у 5, IV стадия – у 4. Глубина инвазии РЭ лучше оценивалась по состоянию «соединительной зоны» и изменениям эндометрия на T2-ВИ сагиттальных и аксиальных томограммах. Критериями наличия или глубины инвазии служили истончение или полное отсутствие «соединительной зоны», гетерогенность миометрия, истончение его в области визуализированного опухолевого узла. Значительные трудности при МРТ без контрастного усиления возникают у пациенток РЭ в оценке глубины инвазии в постменопаузе в связи с тем, что в этой группе в норме соединительная зона практически не определяется. Это обстоятельство приводит к завышению истинной глубины инвазии и, следовательно, стадии процесса. Применение же КУ Омнисканом, приводящее к выраженному усилению интенсивности изображения интактной ткани по сравнению с пораженной, решило вышеуказанную проблему на T1-ВИ. Диагностическая точность МРТ с КУ в оценке глубины инвазии в наших исследованиях соответствовала 97,6 %.

Важным преимуществом МРТ с КУ является возможность практически во всех случаях выявить нали-

чие параметральной инвазии и инфильтрации крестцово-маточных связок – на T1-ВИ определяется сигнал низкой интенсивности внутри окружаемого параметрального жира, на T2-ВИ сигнал высокой интенсивности в области крестцово-маточных связок при применении МРТ с КУ процент выявляемости увеличивается. Поражение смежных органов выявлялось по отсутствию на T2-ВИ в сагиттальной, фронтальной и аксиальной проекциях сигнала высокой интенсивности, характерного для жира, между опухолью и прямой кишкой, опухолью и мочевым пузырем. Распространение опухолевого процесса на шейку матки, по данным МРТ с КУ, правильно определены у 7 пациенток и ложноположительно – у 1. При переходе опухоли на строгу шейки матки на МР то-

мограммах определялась ее бочкообразная деформация с увеличением интенсивности сигнала. Ложноположительная диагностика II стадии РЭ была связана с пролабированием нижнего полюса опухоли в расширенный цервикальный канал. Третья стадия рака тела матки на МР-изображениях была установлена у 2 пациенток на основании распространения опухоли на всю толщину и за ее пределы. Микрометастазы в яичниках у 2 пациенток были выявлены только при гистологическом исследовании, в то время как при МРТ они не определялись.

Заключение. МРТ с КУ является ценным дополнительным методом в определении распространения рака эндометрия, что необходимо для выбора адекватной тактики лечения.

КОЛОНИЗАЦИОННАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Т.Ю. Теровская, Е.П. Красноженов, Н.И. Алпатова

Центральная медико-санитарная часть № 81, г. Северск
ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, г. Томск

Цель исследования – изучить морфофункциональные особенности вагинальной жидкости при оппортунистических инфекциях влагалища у женщин с миомой матки, кистами яичников и эндоцервикса в анамнезе.

Материал и методы. Обследовано 56 женщин от 18 до 40 лет, из них: 27 человек с неспецифическим вагинитом (НВ), 14 – с бактериальным вагинозом (БВ) и 15 – практически здоровых (группа сравнения). Ис-

следуемый материал – вагинальная жидкость. Лабораторные методы: микроскопия вагинального мазка; бактериологическое исследование; оценка жизнеспособности и функциональной активности лейкоцитов; активность каталазы вагинальной жидкости.

Результаты. При бактериологическом анализе у женщин группы сравнения в 90 % высевались лактобактерии (более 105 КОЕ/мл.). При НВ преобладала условно-патогенная аэробная микрофлора (стафи-

Таблица

Биологические показатели влагалищной жидкости

Группы больных	Степень деструкции эпителиальных клеток (С.К.Ц.)	Жизнеспособность лейкоцитов (%)	Активность каталазы (мкат/л)	Активность миелопероксидазы (С.К.Ц.)	НСТ-тест (Ц.И.)
НВ	0,72 ± 0,03	62,86 ± 1,49	68,37 ± 2,64	1,48 ± 0,09	2,11 ± 0,03
БВ	1,33 ± 0,07	1,4 ± 0,25	48,94 ± 1,44	1,07 ± 0,05	0,76 ± 0,07
Контроль	0,15 ± 0,02	7,5 ± 1,25	28,34 ± 1,93	2,25 ± 0,06	1,1 ± 0,17

Примечание: подчеркивание – достоверные различия ($p < 0,05$) между группами больных и нормой; выделение жирным шрифтом – достоверные различия между группами больных ($p < 0,05$); СКЦ – средний цитохимический коэффициент; Ц.И. – цитологический индекс.