

лечения, перед и после проведения комплекса реабилитационных мероприятий. У больных 2-й группы оценка проводилась сразу после завершения, через 3 и 6 мес после проведенного противоопухолевого лечения.

Результаты. Средний уровень нейровегетативных расстройств по шкале менопаузальных расстройств Куппермана в основной группе до проведения комплекса реабилитационных мероприятий равнялся $18,6 \pm 0,91$ балла, в контрольной – $18,5 \pm 0,87$ балла. Средний уровень тревоги до начала восстановительного лечения у пациенток основной группы составил $9,6 \pm 0,39$ балла депрессии – $7,04 \pm 0,31$ балла по шкале HADS, контрольной – $9,5 \pm 0,36$ и $7,1 \pm 0,3$ балла, соответственно. Средний уровень нейровегетативных расстройств у пациенток основной группы через 3 мес после реабилитационных мероприятий составлял $14,68 \pm 0,71$, через 6 мес – $14,36 \pm 0,69$, через 12 мес – $16,8$

$\pm 0,82$ балла, контрольной – $18,62 \pm 0,73$, $18,48 \pm 0,72$, $18,52 \pm 0,74$ балла соответственно. При оценке уровня тревоги у пациенток основной группы средние показатели через 3 мес после восстановительного лечения составили $7,04 \pm 0,31$, через 6 мес – $7,16 \pm 0,32$, через 12 мес – $8,32 \pm 0,39$ балла. Средний уровень депрессии, оценивающийся в те же сроки, составил $5,4 \pm 0,22$, $5,6 \pm 0,23$ и $6 \pm 0,28$ балла соответственно. У пациенток контрольной группы показатели тревоги равнялись $9,44 \pm 0,38$, $9,35 \pm 0,38$ и $9,37 \pm 0,39$ балла, депрессии – $7,06 \pm 0,32$, $6,96 \pm 0,28$ и $7,02 \pm 0,32$ балла соответственно.

Выводы. Таким образом, разработанный комплекс реабилитационных мероприятий оказывает положительное влияние на уровень тревожно-депрессивных расстройств, способствуя снижению уровня ранних климактерических-нейровегетативных расстройств.

ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Т.А. МОСКВИНА, О.Г. ГРИГОРУК, Л.Н. ДОБРОВОЛЬСКАЯ, Е.С. СИГИТОВА,
А.Ф. ЛАЗАРЕВ

*Алтайский филиал ГУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН»,
ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», г. Барнаул*

Актуальность. Диагностика объемных образований печени до настоящего времени представляет определенные трудности. Одним из методов диагностики является пункционный метод. В отечественной литературе недостаточно освещен вопрос цитологического исследования как одного из важных этапов обследования больных при объемных образованиях печени.

Цель исследования. Изучение цитологических возможностей в диагностике злокачественных новообразований печени в практической работе онкологического учреждения.

Материал и методы. Изучены данные пункционного материала злокачественных новообразований печени у 91 больного за 3 года (2004–2007 гг.). Перед пункцией предвари-

тельно определялись протромбиновый индекс (допустимо снижение не ниже 70 %) и число тромбоцитов (не ниже $70-80 \times 10^9/\text{л}$). Если эти показатели были снижены, то определялись коагулограмма сыворотки крови и время кровотечения. Соблюдались общепризнанные правила наблюдения за больными после пункции. Полученные препараты окрашивали по методу Паппенгейма, изучали при световой микроскопии. Результаты исследования ретроспективно сопоставлены с клиническим течением заболевания и данными канцер-регистра диспансера.

Результаты. Диагноз первичного рака печени установлен у 18 (19,8 %) пациентов. Опухоль отмечалась чаще у мужчин – 15 (93,7 %), в возрасте от 35 до 80 лет. Цитологическая диагностика

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 «частокольного» 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-