

SUMMARY

CLINICODIAGNOSTIC PECULIARITIES OF ENDOMETRIUM HYPERPLASY IN WOMEN WITH VAGINAL BLEEDINGS

Sh.Z. Amiraslanova, E.M. Alieva, H.K. Muradov, Sh.Sh. Asadova

Hyperosteo-geny is one of the possible pathological factors of endometrium hyperplastic process evolution with clinic symptoms of cyclic and acyclic bleedings. Use of clinic, functional, hormonal, endoscopic, cytological and morphological investigation methods promote to determination of different degree of endometrium hyperplasy and early diagnostics of endometrium carcinoma.

Key words: endometrium hyperplasy, vaginal bleedings

Адрес для корреспонденции:

Ш.З. Амирасланова – ассистент кафедры акушерства и гинекологии III АМУ;
Азербайджан, г.Баку, ул. Дж. Салимова - 7, кв.130. E-mail: Elmar@varidat.az



МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОКАРЦИНОМ ЯИЧНИКОВ

Н.М. Хмельницкая, З.Ю. Мелиева, Ф.Ю. Мелиева

**Кафедра патологической анатомии им. О.К. Хмельницкого
Санкт-Петербургской медицинской академии
последипломного образования, Россия**

Своеобразное и весьма сложное строение ткани яичников и их топографическое расположение до известной степени обуславливает то весьма значительное разнообразие опухолевых разрастаний, с которыми приходится встречаться морфологу в его повседневной практике.

Ключевые слова: рак яичников, злокачественные опухоли яичников, низкодифференцированные аденокарциномы

Введение. Ежегодно в мире регистрируются более 100 тыс. новых случаев рака яичников и более 100 тыс. женщин умирают от злокачественных опухолей яичников (ОЯ) [1,3,5,6]. Рак яичников составляет 4-6% среди злокачественных опухолей у женщин и занимает 7-е место в структуре общей онкологической летальности [1,2,4]. В России за последние 10 лет прирост опухолей яичников составил 8,5% [1,3]. По показателям смертности рак яичника, опережая рак тела и шейки матки, занимает 5-е место среди причин смертности от всех опухолей у женщин [7].

Цель исследования: изучить макроскопические особенности серозных, эндометриоидных низкодифференцированных и муцинозных аденокарцином яичников.

Материалы и методы. Изучено 133 наблюдения эпителиальных ОЯ из архива Городского клинического онкологического диспансера ГКОД г. Санкт-Петербурга с 2000 по 2009 годы.

Морфологический анализ, включающий макроскопическую характеристику, проводился в 133 наблюдениях. Изучены макроскопические особенности рака яичников, из них серозных низкодифференцированных аденокарцином (НА) – 53 наблюдений в возрасте от 25 до 75 и

старше, эндометриоидные НА – 50 наблюдений в возрасте от 25 до 75 и старше и муцинозных аденокарцином - 30 наблюдений в возрасте от 35 до 74 лет и старше.

Результаты и их обсуждение. На основании данных макроскопического исследования была получена выборка аденокарцином, что позволяет судить о наиболее важных её характеристиках. Из макроскопических признаков анализировались следующие: локализация, размер и состояние капсулы опухоли, вид опухоли на разрезе, характеристика внутренней поверхности кист и содержимое кистозных камер.

Распределение наблюдений аденокарцином по возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1
Распределение аденокарцином разного гистогенеза по возрасту больных

ВОЗРАСТ	Серозные низко- дифференцированные аденокарциномы	Муцинозные аденокарциномы	Эндометриоидные низко дифференцированные аденокарциномы	ВСЕГО:
25-34	1 (1,9%)	–	1 (2,2%)	2
35-44	3 (5,7%)	3 (10%)	4 (8%)	10
45-54	16 (30,2%)	11 (36,7%)	10 (20%)	37
55-64	18 (34%)	7 (23,3%)	22 (44%)	47
65-74	13 (24,5%)	8 (26,7%)	10 (20%)	31
75 и стар.	2 (3,8%)	1 (3,4%)	3 (6%)	6
Итого:	53	30	50	133

Наибольшее количество наблюдений низко дифференцированных серозных и эндометриоидных аденокарцином наблюдалось в возрасте от 55 до 64 лет, а муцинозные аденокарциномы чаще обнаружены в возрастных периодах от 45 до 54 лет.

Данные о локализации поражений яичников при аденокарциноме различного гистогенеза представлены в таблице 2.

Таблица 2
Локализация аденокарцином яичника разного гистогенеза

ГИСТОГЕНЕЗ	Одностороннее поражение		Двухстороннее поражение	Всего:
	Левый яичник	Правый яичник		
Серозные низко дифф. аденокарциномы	11 20,7%	4 7,5%	38 71,7%	53
Муцинозные аденокарциномы	14 47,7%	8 26,6%	8 26,7%	30
Эндометриоидные низко дифференцированные аденокарциномы	15 30%	5 10%	30 60%	50
Итого:	40 30,1%	17 12,8%	76 57,1%	133

При двухстороннем поражении яичников чаще наблюдались серозные и эндометриоидные НА (71,7% и 60% соответственно). При одностороннем характере опухолевого роста поражения чаще наблюдались в левом яичнике. При муцинозных аденокарциномах двухсто-

роннее поражение имелось в 26,7% наблюдений, значительно чаще встречались односторонние поражения с преобладанием локализации в левом яичнике.

Среди аденокарцином яичника чаще встречались кистозные формы (в 109 наблюдениях) опухолевого роста (табл. 3), а у 24-х пациенток выявлены солидные опухоли без кистозного компонента.

Таблица 3
Зависимость размеров кистозных форм аденокарцином от гистогенеза

ГИСТОГЕНЕЗ	Размер кистозных опухолей					Всего
	2-5см	5-10см	10-15см	15-20см	21см и >	
Серозные низкодифференц. аденокарциномы	6 5,5%	12 11 %	15 13,8 %	3 52,8%	3 2,8%	39
Муцинозные аденокарциномы	6 5,5%	9 8,3%	9 8,3%	2 1,8%	4 3,7 %	30
Эндомиотриодные низкодифференц. Аденокарциномы	5 4,6%	20 18,3%	14 12,9%	1 1%	-	40
Итого:	17 15,6%	41 37,6%	38 34,9 %	6 5,6 %	7 6,4 %	109

Кистозные формы серозных и эндомиотриодных НА чаще встречались размерами от 2-х до 15 см. В некоторых наблюдениях кистозные формы муцинозных аденокарцином достигали наибольших максимальных размеров от 21 до 60см.

При оценке состояния капсулы яичников определяли сохранность и прорастание капсулы опухолью (табл.4).

Таблица 4
Характеристика капсулы аденокарцином в зависимости гистогенеза

ГИСТОГЕНЕЗ	Капсула опухоли		Всего
	сохранность	Прорастание опухолью	
Серозные низкодифференцированные аденокарциномы	19 35,9 %	34 64,2 %	53
Муцинозные аденокарциномы	20 66,7 %	10 33,3 %	30
Эндомиотриодные низкодифференцированные аденокарциномы	16 32 %	34 68 %	50
ИТОГО:	55 41,3 %	78 58,7 %	133

Прорастание капсулы опухолью чаще наблюдалось в эндомиотриодных и серозных НА (68% и 64,2% соответственно), при муцинозных аденокарциномах оно составило 33,3%.

Определяли характер поверхности: гладкая, бугристая, сосочковая в зависимости от гистогенеза (табл.5).

Таблица 5

Зависимость поверхности опухоли от локализации и гистогенеза

ГИСТОГЕНЕЗ	Характер поверхности опухоли			Всего:
	гладкая	бугристая	сосочковая	
Серозные низкодифференц. аденокарциномы	41 77,4 %	12 22,6 %	-	53
Муцинозные аденокарциномы	18 60 %	10 33,3%	2 6,7 %	30
Эндометриоидные низкодифференц. аденокарциномы	32 64 %	17 34%	1 2,2%	50
ИТОГО:	91 68,4%	39 29,3 %	3 2,2 %	133

Независимо от гистогенеза, опухоли чаще имели гладкую поверхность.

Характер опухолей на разрезе: солидно-кистозные (55,6%), солидные (22%), кистозно-многокамерные (15%), кистозно-однокамерные (8,3%). Чаще всего опухоли были солидно-кистозными. Муцинозные аденокарциномы, в отличие от серозных и эндометриоидных низкодифференцированных аденокарцином, не имели солидного строения.

Таблица 6

Зависимость очага некроза от локализации и гистогенеза

ГИСТОГЕНЕЗ	Серозные низкодифференцированные аденокарциномы	Муцинозные аденокарциномы	Эндометриоидные низкодифференцированные аденокарциномы	Итого:
НЕКРОЗЫ	23 43,4%	5 16,7%	17 34%	45 33,9%

Таблица 7

Характеристика внутренней поверхности кист в зависимости от гистогенеза

ГИСТОГЕНЕЗ	Гладкостенная	С отдельно грубыми сосочками	Нежно-сосочковая с частичным или полным выполнением просвета камер сосочковыми разрастаниями, участками солидизации	Всего:
Серозные низкодифф. аденокарциномы	7 13,2 %	-	32 60,4 %	39
Муцинозные аденокарциномы	15 50 %	-	16 53,3 %	31
Эндометриоидные низкодифф. аденокарциномы	21 42 %	-	26 52 %	47
Итого:	43 36,8 %	-	74 63,2%	117

Некрозы отмечены у 45 больных: при этом, у 23-х из 53 наблюдений - с серозными низкодифференцированными аденокарциномами, у 5-ти из 30 наблюдений - с муцинозными аденокарциномами и у 17-ти из 50 наблюдений – с эндометриоидными низкодифференцированными аденокарциномами (табл. 6).

Характеристика внутренней поверхности кист опухолей яичника различного гистогенеза в 117 наблюдениях из 133-х представлены в таблице 7.

Внутренняя поверхность кист низкодифференцированных аденокарцином яичника преимущественно кистозного и кистозно-солидного строения была гладкостенной и нежно-сосочковой, с частичным или полным выполнением просвета кист сосочковыми разрастаниями, что наблюдались в серозных, муцинозных и эндометриоидных НА приблизительно с одинаковой частотой (60,4%, 53,3%, 52% соответственно).

Таким образом, низкодифференцированные аденокарциномы яичника имеют специфические макроскопические особенности в зависимости от гистогенеза.

Выводы:

1. Макроскопическое обследование органа, поражённого опухолью, имеет большое клиническое значение, является обязательной предпосылкой для полноценного микроскопического изучения опухоли: необходимо взять кусочки из различных её отделов и окружающих (в том числе, внешне неизменённых) участков органов для выявления фоновых изменений, и в том числе краёв резекции для того, чтобы доказать или отвергнуть адекватность объёма операции.

2. Морфологическая диагностика в онкологии начинается с макроскопического исследования новообразования, дающего много ценной информации. Во многих случаях оно позволяет отличить злокачественную опухоль от доброкачественной и ориентировочно определить тип рака.

3. Если удаление опухоли выполнено неадекватно, то патологоанатом должен указать место, где иссечение прошло через опухоль. В этом случае хирург может использовать полученную информацию либо для повторной срочной операции, либо для последующего наблюдения.

4. Используемые критерии макроскопической диагностики аденокарцином яичников позволили установить их особенности в зависимости от гистогенеза опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баринов, В.В. Рак яичников / В.В. Баринов [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы / под. ред. М.И. Давыдова, В.П. Летягина, В.В. Кузнецова. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – С. 254-263
2. Вишневская, Е.Е. Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников / Е.Е. Вишневская // Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли женских половых органов – Мн.: Выс. шк., 2002. – С. 339-346
3. Козаченко, В.П. Опухоли яичников / В.П. Козаченко // Клиническая онкология: Руководство для врачей / под. ред. В.П. Козаченко. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2005. – С. 220-238
4. Косенко И.А. Опухоли яичников / И.А. Косенко // Практическая онкогинекология: Учебное пособие. – Мн.: новое издание, 2003. – С. 99-244
5. Серия «Зарубежные практические руководства по медицине». №12. Онкология (злокачественные опухоли женских половых органов): пер. с англ. / под ред. Д. Касчиато. – М., 2008. – С. 384-391

6. Чиссова В.И. Злокачественные опухоли яичников / В.И.Чиссова, С.А. Дарьялова // Клинические рекомендации. Онкология / под. ред.. В.И. Чиссова, С.А. Дарьялова. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2006. – С. 551-566

7. Yancik, R. Ovarian cancer. Age contrasts in incidence, histology, disease stage at diagnosis, and mortality / R. Yancik // Cancer. – 1993. - Vol. 71, №2 – P.517-523

**ХУЛОСА
ХУСУСИЯТҶОИ МАКРОСКОПИИ
АДЕНОКАРТСИНОМАИ ТУХМДОНҶО
Н.М.Хмелнитская, З.Ю.Мелиева, Ф.Ю.Мелиева**

Соҳти махсус ва бағоят мураккаби бофтаи тухмдонҷо ва ҷойгиршавии топографии онҷо то андозае боиси рушди зиёди гуногунии омосӣ мегардад, ки бо онҷо морфолог (сохтшинос) дар таҷрибаи ҳаррӯзаӣ худ дучор меояд.

**Summary
THE MACROSCOPIC PECULIARITIES
OF OVARIAN ADENOCARCINOMAS
N.M. Hmelnickaya, Z.Yu. Melieva, F.Yu. Melieva**

Original and complex structure of ovaries tissue and their topographical localization causes, to a certain degree, quite considerable variety of timorous excrescences which are numerous in daily practice of morphologists.

Key words: ovarian carcinoma, adenocarcinoma

Адрес для корреспонденции:

З.Ю. Мелиева - аспирант С-Пб МАПО; Российская Федерация, Санкт-Петербург, пр.Просвещения - 45/75.Тел: +89522373120

**ЗНАЧЕНИЕ РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ
СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ПРИ СОСУДИСТЫХ
НАРУШЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Ф. Д. Наврузшоева, Д. И. Холматов,
Е. С. Соатова*, А. А. Махамадиев**

**Кафедра оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
*Диагностико-лечебный центр «Шифо»**

В статье приводятся предварительные результаты ранней диагностики сенсоневральной тугоухости (СНТ) с помощью метода реоэнцефалографии (РЭГ). Установлено, что при сосудистых нарушениях в вертебробазиллярной системе происходят различного рода изменения в деятельности головного мозга и, прежде всего, - сенсоневральные нарушения слуха. В этой связи, включение РЭГ в комплекс аудиологических методов исследований усовершенствует раннюю и топическую диагностику СНТ.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, реоэнцефалография, тональная пороговая - и надпороговая аудиометрия