

рогены, и прежде всего тамоксифен (нольвадекс, зитазониум), проявляют в определенной степени эстрогенную активность. Изучение механизмов реализации агонистического эффекта привлекло пристальное внимание к особенностям воздействия этого препарата на другие органы-мишени, в том числе на эндометрий. Для полной убежденности в наличии канцерогенного эффекта тамоксифена необходимо проводить сравнение максимально однородных групп, различающихся только фактом использования этого препарата. В настоящее время нет четких данных и о морфодинамике возможного развития рака эндометрия в ходе антиэстрогенной терапии, о тех изменениях, которые предшествуют ему. Фоновыми процессами являются как железистая гиперплазия, так и, в ряде случаев, атрофия эндометрия. Мнение о высокой частоте рака, связанной с приемом антиэстрогенов, также не совсем согласуется с положительными результатами использования тамоксифена при лечении железистой и атипической гиперплазии эндометрия. Более того, включение антиэстрогенов в комплексную терапию рака эндометрия позволило улучшить результаты лечения и прогноз заболевания. Широкое применение антиэстрогенов поддерживает неослабевающий интерес к изучению различных особенностей их воздействия и определяет актуальность и важность этой проблемы.

Материал и методы. В работе представлены результаты клинических наблюдений за 276 пациентками постменопаузального периода больных раком молочной железы, из них основную группу составили 155 женщин, принимавших тамоксифен длительно, – более 1 года. В контрольную группу вошла 121 пациентка, не получавшая этот препарат. Всем женщинам производилось трансвагинальное ультразвуковое исследование с измерением срединного М-эхо, при увеличении которого более 5 мм дополнялось гистероскопией с аспирационной, прицельной биопсией эндометрия.

Байлюк Е.Н., Семиглазов В.Ф., Ниаури Д.А., Сошнев А.А.

СПбГУ, ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН, НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова МЗиСР, Россия

Материал и методы. Обследованы 67 больных сочетанными гиперплазиями органов репродуктивной системы (СГОРС) в возрасте от 35 до 49 лет (средний возраст $43,4 \pm 4,6$). Диагноз СГОРС установлен на основании гистологически верифицированного сочетания двух и более гиперпластических процессов (миома матки, аденомиоз, гиперплазия и полипоз эндометрия; гипертекотоз, текоматоз, опухолевидные образования и доброкачественные опухоли яичника).

Результаты. Анализ данных, полученных при УЗ-томографии органов малого таза, продемонстрировал явное увеличение количества пациенток с величиной М-эхо более 5 мм в основной группе. Таковых было 95 из 155 (61,3 %) в основной группе и 22 из 121 (18,2 %) в контрольной. При выполнении гистероскопии лишь у 43 пациенток из 155 (27,7 %) в основной группе и у 20 (16,5 %) в контрольной обнаружилось различного рода изменения эндометрия. У остальных имелись признаки атрофии.

Анализ морфологических особенностей показал следующее. При исследовании эндометрия у женщин основной группы выявлены изменения функционального слоя в виде разных форм атрофии его, представленные рыхлой отечной стромой, в которой располагались, обычно упорядоченно, трубчатые железы мелких размеров, выстланные однородным нефункционирующим эпителием (простая атрофия), либо кистозно расширенные железы с аналогичного типа эпителием (кистозная атрофия). Базальный слой эндометрия выглядел как бы утолщенным (гипертрофированным) в сравнении с атрофичным функциональным слоем, четкая граница между ними обычно не определялась.

Выводы. Подводя итоги всего вышеописанного, следует отметить, что у пациенток в постменопаузе влияние тамоксифена на матку развивается в виде усиления пролиферации стромального компонента и гиперплазии базального слоя эндометрия. Ультразвуковым отображением вышеуказанных тканевых процессов является увеличение срединного М-эхо. При визуальной оценке в ходе гистероскопии изменения трактуются как атрофия. В целом следует отметить необходимость самого широкого использования обзорной гистероскопии и аспирационной биопсии эндометрия, что способно обеспечить надежную и раннюю диагностику рака эндометрия.

СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ СОЧЕТАНЫМИ ГИПЕРПАЗИЯМИ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ОВАРИОЭКТОМИИ

Результаты исследования. Различные формы мастопатии выявлены в 94 % клинических наблюдений (63 больных). Диагноз мастопатии установлен по данным ультразвукового обследования, рентгеномаммографии, цитологическом и/или гистологическом исследовании. При этом в 74,6 % случаев выявлена диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии (ДФКМ), в 19 % случаев – узловая форма ФКМ (в том числе 3 больные с атипической

пролиферацией), в 4,8 % случаев – фиброаденома молочной железы и у 1 больной – интрадуктальная папиллома. В процессе радикальных и органосохраняющих операций по поводу основного заболевания моно или билатеральная овариэктомия проведена только у 46 из обследованных больных. Оперативное лечение по показаниям со стороны молочной железы выполнено вторым этапом в условиях хирургического стационара (4 секторальные резекции молочной железы и 1 центральная резекция). 11 больных от предложенной операции категорически отказались. В течение последующих 5 лет медикаментозное лечение больным не проводилось. При активном повторном обследовании по истечении указанного срока мастопатия среди больных, перенесших операцию на придатках матки, выявлена только в 56,7 % клинических наблюдений. После билатеральной овариэктомии число больных с ДФКМ уменьшилось на 30 %, после односторонней – на 24 %. Среди больных с узловой формой ФКМ и фиброаденомой молочной железы прогрессирование заболевания не наблюдалось ни в одном случае, независимо от объема хирургического вмешательства. У больной с интрадуктальной папилломой после билатеральной овариэктомии

рецидива заболевания не наблюдалось. У всех женщин с сохраненными яичниками (21 больная) по истечении указанного срока сохранялись признаки мастопатии. На фоне предшествовавшей ДФКМ в 9 клинических наблюдениях выявлена узловатая форма ФКМ, у 2 больных обнаружена карцинома *in situ*. Среди больных, отказавшихся от оперативного лечения по поводу фиброаденомы молочной железы, увеличение размеров узлового образования относительно исходного превышало 50 %.

Выводы. Таким образом, больных СГОРС следует рассматривать, как группу высокого риска по развитию доброкачественных гиперплазий и дисплазий молочных желез, требующую углубленного специального обследования перед оперативным лечением по поводу основного заболевания. При решении вопроса об объеме хирургического вмешательства у женщин перименопаузального возраста необходимо учитывать, что даже в случае органических изменений в молочных железах стойкая ремиссия может быть достигнута на фоне хирургической постменопаузы. Оптимальный объем операции при СГОРС, в определенных случаях, очевидно, позволяет обеспечить профилактику рака молочной железы.

Габитов Н.А., Вафина Г.В., Губайдуллин А.Р.,
Шайхутдинова А.Ш., Гарипова Г.Х.

МУЗ ГОД Казань, Россия

ВЛИЯНИЕ ГИСТЕРОСКОПИИ НА БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ

Цель исследования: 1. Определить влияние гистероскопии на отдаленные результаты лечения больных раком эндометрия (РЭ). 2. Оценить возможности гистероскопии в диагностике РЭ (распространенность, локализация).

Методы исследования. 1) гистероскопия жидкостная, 2) используемые гистероскопы: Olympus (гибкий), K-Storz (жесткий), 3) цитологические исследования смывов с органов малого таза, брюшной полости, 4) патогистологическое исследование (по стандартной методике).

Материалы исследования. Основная, контрольная группа больных. Основная группа: 38 больных РЭ с 1995 по 2001 гг., всем больным проведена диагностическая гистероскопия (ДГ). Контрольная группа: 38 больных РЭ с 1995-го по 2001 год, диагностическая гистероскопия не проводилась. Основная группа: возраст больных от 42 до 85 лет. Гистероскопия проводилась по стандартной методике в жидкой среде с применением гистеропомпы с прицельной биопсией эндометрия. У 37 больных РЭ I стадии, у 1 больной – 3 стадия. У 3 из 38 больных биопсия эндометрия не подтвердила диагноз РЭ. После хирургического лечения у всех больных I группы гистологически под-

твержден диагноз РЭ. Все больные I группы прооперированы в объеме экстирпация матки с придатками, тазовая лимфаденэктомия выполнялась по показаниям (1 больная 3 стадии). В данной группе у 10 больных в ходе лапаротомии взяты мазки на онкоцитологию для определения возможного распространения процесса после проведенной гистероскопии. Лишь у 1 больной были выявлены раковые клетки. Следует отметить, что в данном случае была папиллярная аденокарцинома эндометрия, которая характеризуется ранней диссеминацией процесса по брюшной полости. Выживаемость в основной группе не отличалась от контрольной.

Результаты. 1. При диагностической гистероскопии всем больным был выставлен клинический диагноз: рак эндометрия. 2. Морфологическая верификация на диагностическом этапе после ГС составила 91,8 %. 3. Совпадение диагнозов предварительного и окончательного в 100 % случаев. 4. Влияние гистероскопии на результаты лечения: а) ближайшие данные лапаротомии, послеоперационного течения не отличались от контрольной группы; б) отдаленные результаты совпадают с контрольной группой.