

Л.С. Болгова, д.м.н., профессор, заведующая научно-исследовательской лабораторией клинической цитологии Национального института рака, г. Киев

Опухоли яичника и возможность их цитологической диагностики

Среди всех злокачественных новообразований, которые диагностируются у женщин в Украине, злокачественные опухоли яичника составляют 4,8%, уступая по частоте лишь раку шейки матки (6%).

По уточненным данным за 2010 г. (согласно Бюллетеню Национального канцер-регистра Украины), заболеваемость злокачественными опухолями яичника составляет 9,1 случая на 100 тыс. женского населения. Так, в 2010 г. зарегистрировано 4185 больных злокачественными опухолями яичника и 2510 летальных исходов вследствие этой патологии. 30% женщин, которым впервые установлен диагноз злокачественной опухоли яичника, умирают в течение первого года наблюдения. Наиболее часто выявляются опухоли яичника в г. Киеве и Севастополе (11 больных на 100 тыс. женского населения). При этом в Украине отмечался высокий показатель морфологической верификации 89,2% опухолей яичника, а специальное лечение возможно было провести у 81,1% больных.

Яичник — орган, в котором развивается большое количество разных по гистологической структуре и клиническому проявлению новообразований, что обусловлено наличием нескольких источников их развития. Опухоли яичника столь разнообразны по морфологической структуре, что в Международной гистологической классификации Всемирной организации здравоохранения насчитывается более 150 нозологических форм, которые составляют 14 крупных гистогенетически разных групп. В яичнике, кроме первичных, развиваются и вторичные (метастатические) новообразования. Наряду с вышеуказанными в этом органе можно обнаружить нехарактерные для него новообразования, такие как лимфомы, лейкозы и опухолеподобные поражения. Упомянутые новообразования морфологам приходится дифференцировать также с хроническими воспалительными процессами.

Известный принцип классификации опухолей яичника на доброкачественные, пограничные и злокачественные свидетельствует о своеобразном клиническом течении патологии, при этом морфологу приходится самым тщательным образом изучать множественные структурные признаки новообразования для максимальной точной морфологической диагностики.

Большой перечень опухолей и неопухолевых заболеваний яичника определяет неоднозначную клиническую картину и вызывает затруднение не только в клинической, рентгенологической, но и в морфологической диагностике. В то же время четкое определение характера опухолевого процесса и его морфологического типа с помощью цитологического или гистологического методов имеет решающее значение при определении стадии развития новообразования и выбора тактики лечения.

В структуре почти всех опухолей яичника определяются кистозные полости, жидкость из которых можно подвергать цитологическому исследованию с целью определения характера патологического процесса. Известно, что опухоли яичника довольно часто клинически проявляют себя накоплением жидкости в брюшной полости. При всестороннем клиническом, рентгенологическом и лабораторном обследовании больной единственным доказательным методом морфологической диагностики является цитологический. Так, исследование центрифугата из асцитической жидкости позволяет клиническому цитологу обнаружить клетки опухоли яичника и определить характер патологического процесса (доброкачественный или злокачественный).

Данные литературы свидетельствуют о том, что цилиоэпителиальные и муцинозные кисты могут давать папиллярные и сосочковые отсевы не только по внутренней стенке кисты, но и по наружной поверхности яичника, а также способны имплантироваться в матку, трубы, сальник и другие органы брюшной полости. Такое обширное поражение онкоморфологи расценивают как предраковое. Кроме того, углубленное гистологическое исследование новообразований яичника позволило ученым утверждать, что раковые опухоли развиваются, как правило, из эпителиальной выстилки кисты.

Следует напомнить, что изучению клинических проявлений, морфологической диагностике и лечению злокачественных опухолей яичника посвящено множество исследований, тогда как пограничные опухоли органы освещены в литературе в меньшей мере. Что касается доброкачественных опухолей и, в частности, кист с различным выстилочным эпителием, клиницистов и гистологов они интересовали меньше, поэтому им посвящено небольшое количество публикаций. Сложившаяся ситуация обуславливает необходимость дальнейших исследований в данной области.

Относительно возможных вариантов клинического проявления кистозных новообразований имеются интересные данные. Так, известно, что даже в случаях, когда во время хирургического вмешательства не удается удалить кисту со всеми сосочковыми и папиллярными разрастаниями по брюшине и на этом прекращают операцию, отмечается относительно благоприятный прогноз: длительное наблюдение в послеоперационном периоде свидетельствует о многолетней выживаемости пациенток. Следовательно, оперативное лечение таких пациенток вполне обоснованно и имеет важное клиническое и прогностическое значение.

Наличие асцитической жидкости требует от цитологов максимальных знаний в этой области для правильной оценки подопного материала, так как при этом решается вопрос об объеме оперативного вмешательства. Особое значение приобретает результат цитологического исследования у женщин детородного возраста. В настоящее время онкологи стремятся проводить максимально щадящие операции в отношении объема удаления пораженного органа. Это касается и опухолей яичника, особенно у молодых пациенток.

Применение комплекса современных методов морфологических исследований позволит более точно выяснить потенциальные возможности разных по морфологической структуре новообразований яичника. Помимо этого, опытные ученые-онкоморфологи подчеркивали, что предмет морфологической диагностики должен развиваться не только с учетом выявления новых морфологических критериев с применением современных методик, но и в направлении сопоставления морфологических данных и клинического течения заболеваний. Это положение особенно справедливо в области изучения опухолей и кист яичника.

При выполнении плановой научной работы, посвященной морфологической диагностике новообразований яичника, нами получены некоторые интересные предварительные данные, свидетельствующие о неоднозначных как цитологических, так



Л.С. Болгова

и гистологических и иммуногистохимических результатах исследования. Эти исследования продолжаются и по окончании запланированной научной работы будут представлены в литературе.

До настоящего времени не разработаны четкие комплексные многофакторные морфологические параметры, основываясь на которых можно было бы с уверенностью говорить о наличии доброкачественной или пограничной опухоли. Уместно напомнить о том, что в литературе довольно полно представлены признаки злокачественных опухолей. Для последних характерны ярко выраженные тканевые и клеточные признаки атипии. Что касается доброкачественных и пограничных новообразований, то их необходимо всесторонне изучать для выявления убедительных параметров выраженной пролиферации и начальной малигнизации. Эти данные чрезвычайно важны для уточнения характера поражения яичника, определения объема оперативного вмешательства и проведения специальной химиотерапии. Для выявления дополнительных клеточных признаков пролиферации и малигнизации клинические цитологи применяют доступные современные методики, которые позволяют высветить прогностические критерии для уточнения течения заболевания.

Выполняя плановую научную тему, касающуюся разработки цитологических и гистологических критериев новообразований яичника, мы исследуем не только выпотные жидкости, но и соскобы из удаленных опухолей. Избранный подход к изучению новообразований яичника позволит на разных уровнях исследований — клеточном, субклеточном и тканевом — выявить дополнительные морфологические критерии. Последние будут способствовать уточнению степени опухолевой прогрессии. Кроме того, полученные структурные, цитоплазматические, ядерные и ядрышковые показатели дают возможность провести более обоснованную дифференциальную диагностику доброкачественных, злокачественных и пограничных опухолей яичника и таким образом способствовать выбору оптимальной лечебной тактики.

В заключение следует подчеркнуть, что запланированная и выполняемая научно-исследовательская работа и полученные первые предварительные результаты дают основания надеяться на выявление существенных дополнительных морфологических параметров, которые позволят уточнить начало малигнизации, что повысит эффективность цитологической и гистологической диагностики новообразований яичника и будет способствовать наиболее рациональному лечению.

НОВИНИ

Вышло новое руководство Общества торакальных хирургов США по диагностике и определению стадии рака пищевода

Общество торакальных хирургов (Society of Thoracic Surgeons — STS) США выпустило новые рекомендации по диагностике рака пищевода. «Несмотря на успешное применение схем лечения, летальность от рака пищевода остается одной из наиболее высоких по сравнению с таковой других разновидностей рака. Уровень 5-летней выживаемости при раке пищевода составляет менее 15%, — отметил Thomas K. Varghese Jr. во вступительной части руководства. — Точная постановка диагноза имеет большое значение в определении соответствующего терапевтического вмешательства».

Рак пищевода входит в десятку наиболее распространенных видов рака в мире и является седьмой по значимости причиной онкологической смертности. За последние четыре десятилетия в США заболеваемость раком пищевода возросла быстрее, чем любым другим солидным раком.

Авторы отмечают, что на ранних стадиях рак пищевода, как правило, протекает бессимптомно. Наиболее распространенным признаком заболевания в таких случаях является дисфагия, поэтому возникновение «любой дисфагии у пациентов в возрасте старше 40 лет должно вызывать подозрения в отношении рака пищевода и стать показанием для проведения эндоскопического исследования». На более поздних стадиях рак пищевода может сопровождаться одинофагией, срыгиванием и потерей массы тела.

В соответствии с новым руководством в большинстве случаев осуществление эндоскопии и биопсии достаточно для точной постановки диагноза рака пищевода, поэтому эти методики являются основными в диагностике карциномы пищевода (рекомендация класса I, уровень доказательств B). В целях определения стадии заболевания и степени распространенности процесса рекомендовано:

- у пациентов с раком пищевода на ранних стадиях заболевания проводить КТ органов грудной клетки и брюшной полости как дополнительный метод обследования (рекомендация класса I, уровень доказательств B);
- у больных локорегионарным раком пищевода осуществлять КТ органов грудной клетки и брюшной полости (рекомендация класса I, уровень доказательств B);
- у пациентов с заболеванием на ранних стадиях использовать ПЭТ как дополнительный метод обследования (рекомендация класса I, уровень доказательств B);
- при локорегионарной форме рака пищевода обследование проводить ПЭТ (рекомендация класса I, уровень доказательств B);
- при отсутствии метастазов осуществлять эндоскопическое ультразвуковое исследование для более точного диагноза заболевания (рекомендация класса IIA, уровень доказательств B).

Кроме того, если результаты эндоскопического ультразвукового исследования свидетельствуют об ограничении рака слизистой или подслизистой оболочками, рекомендуется проведение эндоскопической резекции (рекомендация класса IIA, уровень доказательств B). Для улучшения диагностики истинной аденокарциномы зоны пищевода-желудочного перехода или рака с локализацией основного массива опухоли в субкардиальном отделе желудка и возможным вовлечением дистальных отделов пищевода (III тип аденокарциномы зоны пищевода-желудочного, согласно классификации J.R. Stewart) рекомендовано проведение лапароскопии (рекомендация класса IIB, уровень доказательств C).

Полная версия руководства доступна по адресу:
[http://www.medpagetoday.com/upload/2013/7/2/PIIS0003497513008722\(1\).pdf](http://www.medpagetoday.com/upload/2013/7/2/PIIS0003497513008722(1).pdf)
 Varghese T.K. Jr. et al.
 Ann Thorac Surg 2013; 96: 346-356.