

следующее увеличение доли самостоятельного обращения пациентов за диагностикой и лечением новообразований; повышение роли медицинских работников в профилактической работе путём внедрения программ активизации онкологической подготовки врачей первичного медицинского звена, не только онкологической и дерматовенерологической службы; внедрение плановой ежегодной дерматоскопии, являющейся клинически обоснованным, высокоспецифичным, экономичным и доступным методом диагностики как основного метода скрининга различных новообразований кожи; раннее выявление меланомы осуществимо в том числе благодаря клиническому обследованию пациентов с полным осмотром всего кожного покрова; организация диспансерного наблюдения лиц, составляющих группу риска по злокачественным новообразованиям кожи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2008–2017) / А. Е. Океанов [и др.]; под ред. О. Г. Суконко. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2018. — С. 286.
2. Characteristics, rates, and trends of melanoma incidence among Hispanics in the USA / E. Garnett [et al.] // Cancer Causes & Control. — 2016. — № 27(5). — P. 647–659. — <https://doi.org/10.1007/s10552-016-0738-1>.
3. Ward, W. H. Cutaneous Melanoma: Etiology and Therapy / W.H. Ward, J. M. Farna. — Brisbane: Codon Publications. — 2017.

УДК 618.11-006.6

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ЯИЧНИКОВ

Надточеева Е. П., Авраменко М. Е.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Михайлов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак яичников (РЯ) является одним из наиболее распространенных и неблагоприятно протекающих опухолевых заболеваний у женщин. РЯ лидирует по числу смертных случаев среди новообразований женских половых органов. В мире ежегодно РЯ диагностируется более чем у 225 тыс. женщин и более 140 тыс. из них умирают [1].

Различные опухоли отличаются друг от друга по своей биологии, молекулярно-генетическим особенностям, клиническому течению, прогнозу и ответу на проводимое лечение [2]. При описании опухолей яичников наряду с эпидемиологической характеристикой, молекулярно-генетическими нарушениями, клинико-морфологическими данными и иммунологическим профилем, большое внимание уделяется прогнозу и прогностическим признакам [3].

Мы предположили, что степень дифференцировки опухоли влияет на степень распространенности первичной опухоли, интенсивность поражения регионарных лимфатических узлов и частоту отдаленного метастазирования. А также, что степень распространенности процесса, частота проводимого хирургического и химиотерапевтического лечения коррелирует с гистологическим вариантом РЯ.

Цель

Анализ клинико-морфологических особенностей РЯ у пациенток Гомельской области.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ методом сплошной выборки историй болезни 87 пациенток, находившихся на лечении в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере в течение 2017 г.

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения «StatSoft Statistica» 10.0 (USA) и «Microsoft Excel 2013». Статистическую значимость различий оценивали с помощью критерия Хи-квадрата (χ^2) Пирсона. Статистически значимым считался результат при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами было изучено влияние степени дифференцировки (G) РЯ на его распространенность, а именно на степень инвазии опухоли (T), выраженность регионарного метастазирования (N), и частоту отдаленных метастазов (M). Всего пациенток со степенью дифференцировки G1 было выявлено 20 (22,9 %), с G2 — 15 (17,2 %), с G3 — 41 (47,1 %) и с G4 — 11 (12,6 %).

Распределение РЯ в зависимости от степени дифференцировки и распространенности первичной опухоли представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение РЯ в зависимости от степени дифференцировки и распространенности первичной опухоли

Первичная опухоль (T)	Степень дифференцировки							
	G1		G2		G3		G4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
T0	0	0	1	6,7	0	0	0	0
T1	16	80	6	40	15	36,6	5	45,5
T2	2	10	2	13,3	6	14,6	0	0
T3	2	10	6	40	20	48,8	6	54,6
Всего	20	100	15	100	41	100	11	100

При высокодифференцированных опухолях первичный узел чаще ограничен яичником или маточной трубой (T1). В целом, при высоко- и умеренно дифференцированном РЯ степень распространенности первичной опухоли до T2 включительно наблюдалась у 90 и 60 %, соответственно, тогда как при низкой степени дифференцировки и недифференцированных опухолях данная степень распространенности наблюдалась лишь у 51,2 и 45,5 %, соответственно ($\chi^2 = 19,13$; $p = 0,02$). Более чем у половины пациентов с недифференцированными опухолями наблюдалась перитонеальная диссеминация. Таким образом, снижение степени дифференцировки связано с большим распространением РЯ.

Вне зависимости от степени дифференцировки РЯ у большинства женщин исследуемой группы (82; 94,3 %) отсутствовали признаки поражения регионарных лимфатических узлов (N0). Среди пациенток с G1 поражение лимфоузлов отсутствовало, при G2 метастазы в лимфатические узлы были выявлены 1 (6,7 %) пациентки, при G3 и G4 — у 2 (4,9 %) и 2 (18,2 %) соответственно ($\chi^2 = 4,51$; $p = 0,2$). Таким образом, наблюдалась тенденция к повышению частоты регионарного метастазирования при снижении дифференцировки опухоли.

Отдаленные метастазы у всех женщин с опухолями G1 не определялись, при G2 выявлены в 5 (33,3 %) случаях, при G3 — в 18 (43,9 %) и при G4 — у 8 (72,7 %) пациенток ($\chi^2 = 17,90$; $p = 0,00046$). Таким образом, чем ниже степень дифференцировки опухоли, тем чаще наблюдается отдаленное метастазирование РЯ.

Гистологические формы РЯ были представлены следующими вариантами: серозные — 45 (51,7 %), муцинозные — 11 (12,6 %), эндометриоидные — 6 (6,9 %), недифференцированные эпителиальные опухоли (НЭО) — 18 (20,7 %), андробластома — 1 (1,2 %) и опухоли стромы полового тяжа (ОСПТ) — 6 (6,9 %). Распределение пациенток исследуемой группы по степени дифференцировки в зависимости от гистологического вида опухоли приведены в таблице 2.

Низкая степень дифференцировки наблюдалась у большинства пациенток с серозными (26; 57,8 %) и НЭО (11; 61,1 %). Опухоли G2 в большем количестве наблюдалась у пациенток с эндометриоидными эпителиальными опухолями (3; 50 %). Высокая дифференцировка чаще встречалась при муцинозных эпители-

альных опухолях (6 случаев; 54,6 %), аденокарциноме (1; 100 %) и ОСПТ (3; 50 %). Различия степени дифференцировки опухоли в зависимости от ее гистологического типа статистически значимы ($\chi^2 = 35,14$; $p = 0,0023$). Наименее дифференцированные опухоли чаще всего представлены серозными и недифференцированными эпителиальными новообразованиями.

Таблица 2 — Распределение гистологических вариантов РЯ по степени дифференцировки

Гистологический вариант РЯ	Степень дифференцировки							
	G1		G2		G3		G4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Серозный	9	20	6	13,3	26	57,8	4	8,9
Муцинозный	6	54,6	0	0	3	27,3	2	18,2
Эндометриоидный	1	16,7	3	50	1	16,7	1	16,7
НЭО	0	0,0	4	22,2	11	61,1	3	16,7
Аденокарцинома	1	100	0	0	0	0	0	0,0
ОСПТ	3	50	2	33,3	0	0	1	16,7
Всего	20	22,9	15	17,2	41	47,1	11	12,6

Наиболее активное отдаленное метастазирование наблюдалось при серозных (15; 33,3 %) и НЭО (8; 44,4 %). При муцинозных эпителиальных новообразованиях отдаленные метастазы были выявлены у 2 (18,2 %) и при эндометриоидных — у 1 (16,7 %) пациентки. При аденокарциноме и ОСПТ ни у одной пациентки отдаленных метастазов не было обнаружено ($\chi^2 = 15,14$; $p = 0,0097$).

Хирургическое лечение было проведено при серозном РЯ в 41 (91,1 %) случае, муцинозном — в 11 (100 %), эндометриоидном — в 3 (50 %), НЭО — в 12 (66,7 %), аденокарциноме — в 1 (100 %), ОСПТ — в 6 (100 %) случаях ($\chi^2 = 8,26$; $p = 0,14$). Всего хирургическое лечение было проведено в 74 (85,1 %) случаях. Химиотерапии подверглось большинство пациенток с серозными (30; 66,7 %), эндометриоидными (6; 100 %), НЭО (12; 66,7 %) и аденокарциномой (1; 100 %). При ОСПТ химиотерапевтическому лечению подверглись 3 (50 %) и при муцинозных новообразованиях — 5 (45,4 %) пациенток ($\chi^2 = 8,41$; $p = 0,13$).

Также был проведен анализ степени распространенности РЯ в зависимости от гистологического варианта опухоли. I и II стадии преобладали при серозном РЯ — наблюдались у 27 (60 %) пациенток, муцинозном — у 10 (90,9 %), ОСПТ — у 6 (100 %) и аденокарциноме — у 1 (100 %). III и IV стадии преобладали среди эндометриоидных опухолей — 4 (66,7 %) пациентки, и НЭО — 12 (66,7 %) ($\chi^2 = 38,8$; $p = 0,0007$).

Выводы

Наиболее частыми гистологическими вариантами РЯ у пациенток исследуемой группы были серозные (51,7 %) и недифференцированные (20,7 %) эпителиальные новообразования. Они же чаще имеют низкую степень дифференцировки и характеризуются частым отдаленным метастазированием. В результате проведенного исследования показано влияние степени дифференцировки РЯ на распространенность первичной опухоли ($\chi^2 = 19,13$; $p = 0,02$) и частоту отдаленного метастазирования ($\chi^2 = 17,90$; $p = 0,00046$). Чем ниже степень дифференцировки, тем агрессивнее клиническое течение РЯ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Надточеева, Е. П. Морфологические особенности серозного рака яичников у пациенток Гомельской области / Е. П. Надточеева, М. Е. Авраменко // Проблемы и перспективы развития современной медицины. — 2019. — Т. 6, № 20. — С. 228–230.
2. Ожиганова, И. Н. Морфология рака яичников в классификации ВОЗ 2013 года / И. Н. Ожиганова // Практическая онкология. — 2014. — Т.15, № 4. — С. 143–152.
3. Демидова, И. А. Наследственно обусловленный рак яичников / И. А. Демидова // Современная онкология. — 2015. — Т. 17, № 3. — С. 70–75.