

в 2 (1,1%) – саркома Капоши и также в 2 (1,1%) наблюдениях – первичная лимфома головного мозга. В единичных случаях были зарегистрированы острый лимфолейкоз, гистиоцитоз и недифференцированный рак носоглотки.

Заключение. Таким образом, в структуре причин смерти при ВИЧ-инфекции в стадии СПИДа в Светлогорском районе ведущее место занимает туберкулезная инфекция, преимущественно ее генерализованные формы с высоким удельным весом туберкулезных менингитов и менингоэнцефалитов, туберкулезных полисерозитов. Отмечается высокий удельный вес грибковых поражений, особенно кандидозной инфекции, а также – вирусных гепатитов В и С. Удельный вес злокачественных заболеваний в нашем регионе оказался относительно низким и составил только 7,7%, в то время как по литературным данным их частота составляет до 40%. Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия, индуцированная ВИЧ, была выявлена у 12,2% умерших вследствие СПИДа.

Литература

1. Рахманова, А.Г. ВИЧ-инфекция / А.Г. Рахманова, Е.Н. Виноградова, Е.Е. Воронин, А.А. Яковлев // С.Пт., 2004. – 103-136 с.
2. Cohen, J.I. Epstein-Barr virus lymphoproliferative disease associated with acquired immunodeficiency. / Cohen J.I. // Medicine, 1991, – 70-137 с.
3. «Эпидситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь на 1 мая 2010 года» / http://www.aids.by/article.php?lib_id=103&show=10.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РАКА ЯИЧНИКОВ

Шульга А.В., Друтько С.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро», Гродно,
Беларусь

Ежегодно в мире регистрируется более 200 тыс. новых случаев рака яичников (РЯ) и более 100 тыс. женщин умирают от опухолей данной локализации [1]. Большинство ученых указывают на гетерогенность овариальных карцином и различное клиническое течение заболевания даже в пределах одного гистологического типа и клинической стадии [2]. К тому же при определении прогноза овариальных карцином в основном учитывают комплекс клинических сведений и морфологические параметры паренхиматозного компонента опухоли. Однако в последнее время все большее внимание уделяется изучению роли стромального

микроокружения в прогрессировании новообразований, в том числе и РЯ [3, 4].

Цель исследования: дать морфологическую характеристику стромального и паренхиматозного компонентов РЯ различного гистологического строения и выявить значение гистологических особенностей первичной опухоли в оценке прогноза новообразования.

Материал и методы. Исследование выполнено на архивном операционном материале 69 случаев РЯ, выявленных у женщин Гродненской области в 1999–2002 гг. В 49 наблюдениях реклассифицирован серозный РЯ, в 8 случаях выявлена эндометриоидная аденокарцинома, в 7 наблюдениях – светлоклеточный рак, а в 5 – муцинозный вариант новообразования. При этом в 14 случаях степень дифференцировки рака была отнесена к G1, в 35 – к G2, а в 20 – к G3. Первая стадия, согласно классификации FIGO, была установлена у 15 женщин, вторая – у 12, а генерализация процесса наблюдалась в 42 случаях (третья стадия – 37, четвертая – 5).

Степень выраженности лимфоплазмочитарной инфильтрации, площадь спонтанных некрозов, кровоизлияний, плотность микрососудистого компонента и наличие псаммомных телец оценивались полуколичественно в баллах (от 0 до 3-х). Также проводилось морфометрическое исследование с определением площади ядер клеток опухоли. Оценка стромального компонента проводилась количественно в процентах на срезах, окрашенных пикрофуксином по ван-Гизону. Подсчет вышеуказанных параметров производили с использованием анализатора изображений WCIF ImageJ. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 6.0 (Stat Soft, 2001г).

Результаты и обсуждение. Фракция стромы имела наименьшее значение при светлоклеточном гистологическом типе, а наибольшее – при эндометриоидном ($H=10,7$, $p=0,01$), однако данная закономерность отсутствовала при отдельной оценке в группах ранних (I–II) и поздних (III–IV) клинических стадий новообразования ($H=5,5$, $p=0,14$; $H=5,4$, $p=0,15$, соответственно). Общая площадь спонтанных некрозов в опухолевой ткани оказалась меньше при эндометриоидном по сравнению с серозным и светлоклеточным вариантами РЯ ($H=9,9$, $p=0,02$). Аналогичная тенденция была обнаружена при ранних стадиях карцином ($H=7,6$, $p=0,06$). Площадь ядер опухолевых клеток не зависела от гистологического типа как при I–II, так при III–IV клинических стадиях ($H=0,2$, $p=0,97$; $H=3,7$, $p=0,30$, соответственно).

При серозных карциномах обнаружены отрицательные корреляционные связи между фракцией стромы и степенью дифференцировки ($r_s=-0,44$, $p<0,01$), клинической стадией ($r_s=-0,36$, $p=0,01$), наличием метастазов на момент постановки диагноза ($r_s=-0,43$, $p<0,01$), поражением опухолью обоих яичников ($r_s=-0,35$, $p=0,01$). В тоже

время наблюдалась положительная связь между площадью ядер опухолевых клеток и степенью дифференцировки ($r_s=0,29$, $p=0,05$), клинической стадией ($r_s=0,29$, $p=0,05$), наличием метастазов ($r_s=0,31$, $p=0,03$). Для низкодифференцированных серозных опухолей была характерна более развитая микрососудистая сеть по сравнению с высокодифференцированными ($H=8,4$, $p=0,02$). Относительно большая площадь некрозов в опухолевой ткани была характерна для больных старше 55 лет ($U=157,0$, $p<0,01$). Серозный рак с наличием метастазов характеризовался развитой микрососудистой сетью ($r_s=0,28$, $p=0,05$), а также наличием большего количества кровоизлияний в первичной опухоли ($r_s=0,29$, $p=0,04$).

После этого мы провели анализ полученных результатов с учетом клинической стадии РЯ. При этом в серозном раке мы нашли зависимость площади стромы от степени дифференцировки только при III–IV клинических стадиях ($H=7,1$, $p=0,03$), к тому же она не зависела от поражения одного или двух яичников ($U=8,0$, $p=0,31$; $U=107,0$, $p=0,12$, при ранних и поздних клинических стадиях, соответственно). Также мы не нашли зависимость между степенью дифференцировки и площадью ядер раковых клеток ($r_s=0,31$, $p=0,32$; $r_s=0,25$; $p=0,14$, при I–II и III–IV клинических стадиях соответственно). В низкодифференцированных опухолях имела место тенденция к увеличению количества сосудов при III–IV стадии ($H=2,6$, $p=0,27$; $H=5,0$, $p=0,08$, при ранних и поздних клинических стадиях соответственно). Мы обнаружили прямую корреляционную связь между наличием некрозов в первичной опухоли и возрастом больных на момент постановки диагноза только при III–IV стадиях процесса ($r_s=0,46$, $p<0,01$).

Наблюдалось увеличение площади некрозов в первичной опухоли во II–III клинических стадиях по сравнению с I ($H=7,0$, $p=0,03$) и было связано с ростом метастатического потенциала эндометриоидного РЯ ($H=3,9$, $p=0,05$). При низкодифференцированных светлоклеточных вариантах новообразований площадь ядер опухолевых клеток была больше чем при умереннодифференцированных ($H=5,5$, $p=0,04$).

На следующем этапе мы рассмотрели прогностическое значение изучаемых морфологических факторов РЯ. При оценке влияния фракции стромы на 5-летнюю выживаемость больных овариальной карциномой мы получили достоверную связь только при серозном гистологическом типе ($Z=-2,7$, $p=0,008$). При анализе с учетом клинической стадии оказалось, что фракция стромы имеет прогностическое значение только при ранних стадиях опухолевого процесса ($Z=-2,0$, $p=0,05$). Больные, в первичных карциномах которых строма занимала менее 24% (медиана), характеризовались достоверным снижением общей выживаемости после постановки диагноза РЯ по сравнению с группой, где фракция стромы в опухоли была больше медианы. При III–IV клинических стадиях

обнаружена тенденция к снижению выживаемости при увеличении количества спонтанных некрозов в первичной опухоли ($\chi^2=7,4$, $p=0,06$). Площадь ядер опухолевых клеток (медиана равна 93,7 пикселей) также не была связана с выживаемостью больных серозным РЯ ($Z=1,3$, $p=0,19$). При оценке общей 5-летней выживаемости в зависимости от площади ядер раковых клеток при других гистологических типах обнаружена тенденция к уменьшению ее продолжительности у больных при I–II клинических стадиях эндометриоидного РЯ ($Z=1,7$, $p=0,08$).

Заключение. Результаты исследования позволяют заключить, что при III–IV клинических стадиях серозного РЯ уменьшается фракция стромы в первичной опухоли ($p=0,01$). Вместе с тем установлено, что фракция стромы имеет прогностическое значение только при ранних стадиях серозной карциномы ($p<0,05$).

Выявлена прямая корреляционная связь между наличием некрозов в первичной опухоли и возрастом больных на момент постановки диагноза при III–IV клинических стадиях серозного РЯ ($p<0,01$). Увеличение площади некрозов в первичных эндометриоидных опухолях было связано с ростом метастатического потенциала ($p<0,05$) и наблюдалось во II–III клинических стадиях РЯ ($p=0,03$).

Кариометрические показатели новообразований различной гистологической структуры и дифференцировки были вариабельны, однако при светлоклеточном варианте овариальной карциномы низкой степени дифференцировки площадь ядер опухолевых клеток была больше, чем при умереннодифференцированных новообразованиях ($p=0,04$).

Проведенный анализ свидетельствует о том, что в определенном проценте случаев выявляемые морфологические параметры не позволяют объективно предсказать агрессивность течения заболевания, поэтому необходим поиск новых прогностических признаков, среди которых наиболее перспективными и в тоже время доступными на сегодняшний день являются маркеры, определяемые с помощью иммуногистохимического метода.

Литература

1. Cancer statistics, 2009 / A. Jemal [et al.] // CA Cancer J. Clin. – 2009. – Vol. 59. – P. 225–249.
2. Fujita, M. Genetic alterations in ovarian carcinoma: with specific reference to histological subtypes / M. Fujita, T. Enomoto, Y. Murata // Mol. Cell. Endocrinol. – 2003. – Vol. 202. – P. 97–99.
3. Новичков, Е.В. Количественная характеристика компонентов стромы в прогнозе рецидивирования рака яичников / Е.В. Новичков, А.А. Вотинцев // Архив патологии. – 2005. – Т. 67, № 4. – С. 29–31.
4. Stromal-epithelial interactions in the progression of ovarian cancer: influence and source of tumor stromal cells / J.A. Parrott [et al.] // Mol. Cell. Endocrinol. – 2001. – Vol. 175. – P. 29–39.