

эстрогенная насыщенность организма в менопаузе. В наших исследованиях у 14 больных (42%) обе опухоли были выявлены в менопаузе (длительность менопаузы от 1 года до 25 лет). У 5 из этих больных с длительностью менопаузы от 4 до 18 лет был проведен мазок на эстрогены, в котором был выявлен 3-4 тип реакции.

Синхронный вариант билатерального рака МЖ выявлен у 17 (52%) из 33 наблюдавшихся больных. Нередко на практике врачи ограничиваются пальпацией второй МЖ. Однако, при использовании маммографии частота выявления синхронных опухолей возрастает. Так, в наших исследованиях одновременно синхронные опухоли были обнаружены у 13 из 17 больных, причем у 2 из 13 больных опухоль во второй МЖ пальпаторно не определялась, а была выявлена маммографически. У 4 (24%) из 17 больных вторая опухоль при первичном обследовании не была диагностирована, а была выявлена в процессе диспансерного наблюдения в сроки от 3 до 11 месяцев после лечения первой опухоли.

Метахронный вариант билатерального рака МЖ выявлен у 16 из 33 наблюдавшихся больных. Интервал между выявлением первой и второй опухоли колебался от 2 до 16 лет, причем у 13 из 16 больных (81%) вторая опухоль была диагностирована в сроки от 2 до 4 лет после первой. Таким образом, больных раком МЖ необходимо особенно тщательно обследовать первые 4 года после излечения опухоли на предмет наличия опухоли во второй МЖ. Мы рекомендуем осуществлять диспансерное наблюдение больных с проведением 1 раз в 3 месяца УЗИ второй МЖ и обязательного маммографического контроля 1 раз в год.

Возникновению первично-множественного рака МЖ способствуют нарушения репродуктивной функции в виде многократных абортов, поздней первой беременности, отсутствия половой жизни, бесплодия; наличие генитальной патологии (фибромиома матки, эндометриоз); отягощенный онкоанамнез; заболевания гормонпродуцирующих органов и органов, участвующих в метаболизме гормонов (жировой гепатоз, кисты яичников, узловый зоб, хронический тиреоидит, рак щитовидной железы); наличие фоновых изменений в ткани МЖ в виде фиброзно-кистозной мастопатии; высокий эстрогенный уровень в менопаузе.

Уровень диагностики синхронных и метахронных опухолей МЖ недостаточно высок, о чем свидетельствует выявление второй опухоли при метахронном раке самими пациентками у половины больных и короткие сроки между выявлением опухолей при синхронном раке.

Диагностический поиск изменений во второй МЖ у женщин с односторонним раком МЖ должен включать не только пальпацию МЖ, но и обязательное проведение маммографического обследования и УЗИ.

## **АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТАЦИОНАРАХ г. ГРОДНО ЗА 1981-2000 гг.**

*И.А. Щурко, Е.В. Киприянович*

Научный руководитель – *Н.А. Кардаш*

*Гродненский государственный медицинский университет*

Цель работы. Оценка выявления частоты смертности от рака молочной железы.

Материал и метод исследования. Проведен клинико-анатомический анализ результатов вскрытий за период с 1981 по 2000 гг. в Гродненском Областном патологоанатомическом бюро.

Полученные результаты и их новизна. Из 12488 проведенных вскрытий 96 человек умерли от рака молочной железы что составило 0.08%.

В настоящее время злокачественные новообразования молочной железы являются ведущим онкологическим заболеванием среди женского населения республики и рост частоты этой патологии, делает актуальным клинико-морфологический анализ летальных наблюдений в каждом регионе республики.

Проведен клинико-анатомический анализ случаев смерти от данного злокачественного новообразования за период с 1981 по 2000 гг. Из 12481 проведенных патологоанатомических вскрытий, в 96 наблюдениях больные умерли от рака молочной железы, что составило 0,8 %. При этом следует отметить, что в 1 случае рак грудной железы выявлен у мужчины.

Наиболее часто опухоль приводила к летальному исходу в возраст-ной группе 40-69 лет-

79 наблюдений (82,3%). Реже это происходило в возрасте 30-39 лет- 10 (10,4%) и старше 80 лет- 7 (7,3%). Чаще выявлялось поражение левой молочной железы- 54 случая (56,3%), в 38 (40%) - правой и в 4 (4,2%) опухоль поражала обе железы. Размеры новообразования варьировали от 1 до 25 см. Узловая форма роста опухоли отмечалась в 78 наблюдениях (81%) и в 18(19%) выявлено диффузное разрастание опухолевой ткани. Гистологически чаще отмечался недифференцированные формы рака- 59 наблюдений (61,5%), аденокарцинома - 37(38,5%).

В 74 случаях (78%) на секции выявлены метастазы в регионарные лимфатические узлы, гематогенные метастазы обнаружены в 70 случаях (72%). При этом чаще гематогенные обнаружены в костях- 32 (33%), в 41 (42%) в легких, в 51 (53%) в печени, и в 8 (8%) в почках. Латентные метастазы, развившиеся через 7-16 лет обнаружены в 10 наблюдениях. Рецидивы опухоли отмечены в 3 случаях.

Весьмастораживает тот факт, что хирургическое лечение проводилось лишь 50 случаях (52%), что свидетельствует о запоздалой диагностике новообразования. В 6 случаях (6,3%) больные отказывались от лечения, в 10 (10,5%) опухоль трактовалась как неоперабельная, в 3 (3,1%) имелись противопоказания к операции, а в 2 (2,1%) случаях рак выявлен только на аутопсии. В остальных наблюдениях проводилась цитостатическая и лучевая терапия. Обратила на себе и агрессивность поведения опухоли, так средняя выживаемость больных без операции составила 1-3 года, а после операции - 3-10 лет.

## **АНГИОМИОЛИПОМА ПОЧКИ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ**

*Л.В. Гарусова, И.А. Щурко*

Научный руководитель – д.м.н., профессор *Н.А. Нечипоренко*  
*Гродненский государственный медицинский университет*

Цель работы. Оценка частоты выявления ангиомиолипомы (АМЛ) почки, информативности современных методов диагностики и оптимизация лечебной тактики.

Материал и метод исследования. Проведен анализ результатов обследования, методов лечения и диспансерного наблюдения 70-ти пациентов с АМЛ почки.

Полученные результаты и их новизна. АМЛ почки составляет 7,6% среди всех пациентов с опухолями паренхимы почки в Гродненской области.

Типичные местные симптомы опухоли почки имели место у части больных только при размерах опухоли превышавших 5 см в диаметре.

УЗИ является наиболее доступным и весьма информативным методом диагностики АМЛ, благодаря специфическим акустическим признакам этой опухоли – округлый однородно-гиперэхогенный узел в паренхиме почки с четкими границами.

Рентгеновская компьютерная томография и магнитно-резонансная томография позволяют выявить жировую ткань в структуре опухоли – характерный признак АМЛ.

Использование перечисленных методов визуализации почки только в 5 случаях из 70-ти не позволило исключить почечно-клеточный рак почки до операции.

Почечная ангиография дает информацию об ангиоархитектонике почки и особенностях кровоснабжения опухоли.

Всем 70-ти пациентам предложено хирургическое лечение, от которого отказались 15 человек с опухолями до 1,5 см в диаметре. Оперировано 55 человек. Органосохраняющая операция в виде секторальной резекции почки или резекции полюса почки выполнена 45 пациентам и нефрэктомия, в силу поражения опухолью двух смежных сегментов почки, выполнена в 10 случаях. При выполнении органосохраняющих операций использовались способы ушивания раны почки, разработанные на курсе урологии ГрГМУ. В 6-ти случаях пришлось провести интраоперационную прямую эхоскопию почки, поскольку опухоль ни визуально ни пальпаторно при ревизии почки не определялась. При прямой эхоскопии АМЛ размерами до 1,5 см оказалась на глубине 0,5-0,6 под фиброзной капсулой почки. Это исследование позволило точно определить локализацию опухоли и наметить границы удаляемого сегмента паренхимы почки.

Во всех случаях органосохраняющих операций срочным гистологическим исследовани-