

больные с подозрением на рецидив опухоли. Ранее этим больным проводились компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, УЗИ и рентгенологические методы исследования на которых были установлены патологические изменения в тканях и органах, но без верификации диагноза.

Выводы:

Проведение позитронно - эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией позволяет не только определить размеры первичной опухоли и метастазов, но и позволяет оценить биологическое поведение, степень злокачественности онкологического процесса. Проведение ПЭТ/КТ в динамике, сравнивая показатель SUVmax на различных этапах лечения, можно судить об эффективности проводимых методов лечения, определяя не только уменьшение размеров опухоли, но и по степени снижения коэффициента SUVmax. В то же время проведение ПЭТ позволяет определить наличие злокачественного процесса, когда еще не видны структурные изменения на компьютерной или магнитно-резонансной томографии.

Литература:

- Аникин В.А., Бенецкий А.И. Хирургическое лечение рака пищевода за рубежом // Хирургия. – 1995. – № 6. – С. 98-100.
- Давыдов М.И., Стилиди И.С., Арзыкулов Ж.А. Актуальные вопросы лимфодиссекции у больных раком грудного отдела пищевода // Современная онкология. – 2000. – Том 2, № 1. – С. 15-22.
- Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2012 год (статистические материалы). - КазНИИОнР, Алматы, 2012. – 108 с.
- Синяков А.Г., Зотов П.Б., Наумов М.М. Онкологическая ситуация в Тюменской области в 2005-2012 гг. и факторы влияющие на её улучшение // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 5-8.
- Тюляндин С.А. Рациональная тактика лечения операбельного рака пищевода // Материалы X Российского онкологического конгресса. – Москва, 2006. – С.85-87.
- Cerfolio R.J., Bryant A.S. Maximum standardized uptake values on positron emission tomography of esophageal cancer predicts stage, tumor biology, and survival // Ann Thorac Surg. – 2006. – № 82. – P. 391-395.
- Guo H. et al. Diagnostic and prognostic value of 18F-FDG PET/CT for patients with suspected recurrence from squamous cell carcinoma of the esophagus // J. Nucl. Med. – 2007. – № 48. – P. 1251-1258.
- Omloo J.M. et al. Importance of fluorodeoxyglucose-positron emission tomography (FDGPET) and endoscopic ultrasonography parameters in predicting survival following surgery for esophageal cancer // Endoscopy. – 2008. – № 40. – P. 464-471.
- Ott K., Weber W., J.R. Siewert The importance of PET in the diagnosis and response evaluation of esophageal cancer // Dis Esophagus. – 2006. – № 19. – P. 433-442.
- Pantel K., Brakenhoff R.H. Dissecting the metastatic cascade // Nat. Rev. Cancer. – 2004. – № 4. – P. 448-456.
- Pantel K., Brakenhoff R.H., Brandt B. Detection, clinical relevance and specific biological properties of disseminating tumour cells // Nat. Rev. Cancer. – 2008. – № 8. – P. 329-340.
- Kato H. et al. Positron emission tomography in esophageal cancer // Esophagus. – 2005. – № 2. – P. 111-121.
- Rizk N., Downey R.J., Akhurst T. Preoperative 18[F]-fluorodeoxyglucose positron emission tomography standardized uptake values predict survival after esophageal adenocarcinoma resection // Ann. Thorac. Surg. – 2006. – № 81. – P. 1076-1081.
- The incremental effect of positron emission tomography on diagnostic accuracy in the initial staging of esophageal carcinoma / H.Kato et al. // Cancer. – 2005. – № 103. – P. 148-156.

ДИАГНОСТИКА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

А.А. Гайсина, А.В. Гайсина, А.З. Потапова

Тюменский ООД

Патология щитовидной железы встречается у 8-18% взрослого населения земного шара, то есть примерно у 1,5 миллиарда человек (ВОЗ). В эндокринной патологии болезни щитовидной железы занимают второе место по своей распространенности [2].

Злокачественные опухоли составляют 1-3% в структуре онкологической патологии. Рак щитовидной железы (РЩЖ) составляет от 0,4% до 6% всех раков и является наиболее распространенной формой злокачественных новообразований эндокринной системы [5, 11].

За последние 10 лет заболеваемость раком щитовидной железы возросла в 2 раза. В 1985 году этот показатель в среднем по России составлял 1,7 на 100000 населения, то в 1995 году – 3,4-5,1 на 100000 населения. Среднегодовой темп прироста – 5,6%. В год на 1 миллион человек регистрируется от 25 до 55 новых случаев дифференцированного рака щитовидной железы, из них около 10% - пациенты младше 21 года, что составляет 1,5-2% всех злокачественных образований у детей [9, 12].

Рак щитовидной железы при всех операциях на железе встречается в 4,5-15,8% случаев [6, 7, 9].

Предвестником чаще являются доброкачественные опухоли (65,1%) хронический тиреоидит (18,9%), узловой зоб (4,7%). При папиллярном и фолликулярном раке предрасполагающие факторы выявляются в 84-86%, а сочетание несколь-

ких факторов отмечается у большинства больных – 60,5%. Анализ анамнестических данных у больных с медулярным раком свидетельствует о том, что наследственность прослеживается в 75% случаев [1, 3, 4, 8].

Значительная распространенность рака щитовидной железы, повсеместный рост заболеваемости за счет увеличения факторов риска, недостатки методов диагностики на фоне общего роста узловых образований щитовидной железы, усиление тенденции к возникновению скрытых и латентных форм рака, высокая вероятность малигнизации узлов и злокачественной трансформации доброкачественных образований железы, сложность диагностики рака щитовидной железы на ранних стадиях в связи с отсутствием патогномоничных симптомов, придают особую остроту и значимость ранней диагностики онкологической патологии щитовидной железы.

Наличие любого узлового новообразования в щитовидной железе должно быть расценено с точки зрения онкологической настороженности, что обуславливает необходимость в надлежащем обследовании. Экономическая целесообразность диктует необходимость получения максимальной информации при использовании минимального количества методов.

Ведущее место в раннем выявлении узловых образований в щитовидной железе принадлежит ультразвуковому исследованию. От квалификации, онкологической настороженности врача УЗИ во многом зависит дальнейший алгоритм дообследования, частота динамического наблюдения за пациентом с впервые выявленными изменениями и в послеоперационный период. Несмотря на отдельные работы, в которых предпринимались попытки систематизировать ультразвуковую семиотику злокачественных признаков узловых образований в щитовидной железе до настоящего времени этот вопрос считается открытым [1, 4, 13 и др.].

С целью оценки ультразвуковой семиотики рака щитовидной железы и его рецидива на основе традиционных и новейших методик ультразвукового исследования нами был проведен анализ собственного клинического опыта и данных литературы по данной патологии.

В последние годы в Тюменском областном онкологическом диспансере внедряются современные методы диагностики, в том числе ультразвуковые, что позволяет выполнять диагностические процедуры на высоком техническом уровне [10].

За 2010-2012 годы в Тюменском областном онкологическом диспансере через отделения УЗИ прошли исследования с подозрением на злокачественные новообразования щитовидной железы и уже с подтвердившемся диагнозом: в 2010 году – 857, в 2011 году – 738, в 2012 году – 495 человек.

Анализ результатов этих больных и данных литературы позволили сделать следующие заключения:

1. Ведущие ультразвуковые признаки, с высокой степенью вероятности, указывающие на возможность рака щитовидной железы – это гипэхогенность очага, отсутствие симптома Hallo, бугристость, нечеткость контуров, наличие кальцинатов, аваскулярность образования или наличие сети патологических сосудов. Сочетание трёх и более признаков с увеличением регионарных лимфатических узлов, наличие ультразвуковых признаков их метастатического поражения делает ультразвуковой диагноз РЩЖ достоверным. Чувствительность УЗИ в вероятностной диагностике рака щитовидной железы составила 85,3%, специфичность – 75,3%, диагностическая точность – 74,2%.

2. Ультразвуковое исследование в режиме серой шкалы – ведущее в скрининге рака щитовидной железы. Его диагностическая точность, чувствительность повышаются на 20% при дополнении методиками ЦДК, ЭК, трехмерной реконструкции изображения.

3. Трехмерная реконструкция изображения (ультразвуковая томография) в режиме серой шкалы, ЦДК, ЭК дают возможность определить в полном объеме как внешнюю, так и внутреннюю макроструктуру, ангиоархитектонику патологического очага. Исследование ангиоархитектоники вносят решающий вклад в дифференциальную диагностику рака щитовидной железы с аденомой, узловой формой аутоиммунного тиреоидита.

4. При раке щитовидной железы узловые образования до 0,8 см – аваскулярны, 0,8-3 см – гиповаскулярны, более 3 см – гиперваскулярны. Трехмерная реконструкция изображения в сосудистом режиме подтверждает зависимость степени васкуляризации опухоли от размеров узлового образования, выявляет злокачественную трансформацию внутриопухолевых артерий, неравномерность просвета, "штопороподобную" извитость, хаотичность хода. Линейные параметры кровотока, индексы периферического сопротивления не имеют значимости в диагности-

ке и дифференциальной диагностике рака щитовидной железы.

5. Ультразвуковой послеоперационный мониторинг при РЩЖ для выявления рецидива заболевания необходимо проводить: в первый год после операции – 1 раз в 3 месяца; в последующие 5 лет – 1 раз в 6 месяцев; далее, пожизненно – 1 раз в год.

6. Ультразвуковые признаки рецидива рака щитовидной железы в основном схожи с первичным процессом: отсутствие симптома Hallo, нечеткие контуры образования, пониженная эхогенность образования. Однако при рецидиве опухоли отсутствуют кальцинаты, сеть патологических сосудов.

7. Сроки динамического ультразвукового мониторинга для диагностики рака щитовидной железы:

– при неизменной железе, в профилактических целях – 1 раз в два года;

– при диффузных и узловых изменениях щитовидной железы, при отсутствии признаков злокачественности, в профилактических целях – 1 раз в год;

– при наличии ультразвуковых признаков злокачественности, но определении сопутствующей патологии и (или) тяжелого общего состояния больного не позволяющем проведение оперативного лечения, для определения стадии процесса – 1 раз в два месяца.

Литература:

1. Абдулхалимова М.М., Митьков В.В. и соавт. Диагностика узловых образований щитовидной железы с использованием современных методов исследования // Ультразвуковая диагностика. – 1999. – № 3. – С. 69-81.
2. Агапитов Ю.Н. Ультразвуковой мониторинг тиреоидной патологии в эндемическом регионе (Верхнее Поволжье): Дис. ... канд. мед. наук. Обнинск, 1996. – 170 с.
3. Александров Ю.К. Пункционные методы в диагностике и лечении заболеваний щитовидной железы. – Ярославль: МП Диабет, 1996. – 108 с.
4. Боберъ Е.Е., Фролова И.Г., Чойнзенов Е.Л., Быстрова Н.Ю. Возможности высокопольной магнитно-резонансной томографии в диагностике узловых образований щитовидной железы на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 3-4. – С. 17.
5. Бондученко Н.А., Асеев Н.И. Экономические потери от злокачественных новообразований в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 5. – С. 29-30.
6. Валдина Е.А. Повторные операции по поводу дифференцированного рака щитовидной железы // Вопросы онкологии. – 1999. – Том 45, № 3. – С. 16-18.
7. Даминов Ф.А., Сайдуллаев З.Я., Махмудов Т.Б. и др. Хирургическая тактика лечения диффузно-

токсического зоба // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 1. – С. 21.

8. Жданов В.Н. Алгоритм диагностики и лечения рака щитовидной железы // Тюменский медицинский журнал. – 2008. – № 3-4. – С. 18-24..
9. Жукова Л.А., Тимошенко Е.В., Бурякова Ю.В. Клинико-нозологические особенности госпитализированных больных с тиреопатиями в условиях многопрофильной больницы г. Тулы (2004-2010 гг.) // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – № 3. – С. 34-35.
10. Синяков А.Г., Зотов П.Б., Т.А. Гайсин, Наумов М.М. 65 лет онкологической службе Тюменской области: достижения развития в 2005-2011 гг. // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 3-4. – С. 6-8.
11. Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году / под ред. Чиссова В.И., Старинского В.В., Петровой Г.В. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2011. – 196 с.
12. Турунцева А.А. Эпидемиология злокачественных новообразований на территории Тюменской области (без автономных округов) в 2011 году // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 25-26.
13. Федоров Н.М., Нохрин Д.Д., Белоусова Н.В. К вопросу о терминологии при описании ультразвуковой картины у онкологических больных // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 3-4. – С. 27-28.

РОЛЬ РАДИОИЗОТОПНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Г. Елишев, Р.Д. Хуснутдинов, Е.В. Ершова

Тюменский ООД, г. Тюмень, Россия

Сцинтиграфия – метод функциональной визуализации. Радиоизотопная диагностика даёт менее чёткое изображение, чем КТ, ЯМР и УЗИ, и имеет меньшее разрешение [1, 3]. Однако сцинтиграфия даёт информацию, которая не может быть получена никакими другими методами визуализации. Это информация о функциональной активности ткани, что имеет особо важное значение при патологии щитовидной железы [2, 4], заболеваемость которой в последние годы растёт [6, 8]. Применение данного метода значительно повышает возможности своевременной диагностики новообразований данной локализации [5, 7].

Исследование выполняется с целью определения анатомо-топографического состояния органа: область расположения, аберрантная ткань (добавочная), установление строения и формы железы, выявление структурных нарушений, наличие «холодных», «теплых», «горячих» очагов.

Показания к проведению сцинтиграфии: