

исследованием широкое применение нашла сонография (ультразвуковое исследование, УЗИ). Метод не имеет противопоказаний, не дает лучевой нагрузки и позволяет проводить прицельную пункционную биопсию опухолей молочной железы.

Вместе с тем, остается недостаточно исследованным место УЗИ в комплексном исследовании больных с подозрением на рак молочной железы, противоречивы данные о диагностической ценности сонографии.

Нами проанализированы результаты обследования 457 больных с узловым раком молочных желез, находившихся на лечении в Тюменском областном онкологическом диспансере в период с 2009-2011 гг. Из них злокачественные опухоли первой стадии выявлены у 95 (25,3% от числа больных раком), второй – 231 (48,8%) и третьей – 127 (35,5%) пациенток. Возраст пациенток варьировал в пределах 24-77 лет (средний возраст составил 52,3 года). У 57(12,4%) больных опухоль была выявлена при профилактическом осмотре. Рентгенологическое исследование молочных желез первично проведено у 330 (72,1%) ультразвуковое – у 127 (27,7%) пациенток.

Ультразвуковое исследование выполняли в масштабе реального времени с помощью датчиков 7,5-10 Мгц. Серошкальная эхография проводилась в сочетании с цветовым доплеровским картированием кровотока. Обязательно исследовали обе молочные железы в горизонтальном положении, в положении на боку, с поднятой рукой на исследуемой стороне.

Таблица 1

Ультразвуковые признаки рака молочной железы

Ультразвуковой критерий	Число наблюдений	
	абс.	%
Гипоэхогенность	410	89
Неровный контур	306	69
Нечеткий контур	257	57,3
Неоднородность внутренней структуры	402	89,8
Дорсальная акустическая тень	210	48,7
Дорсальное усиление	43	9
Несоответствие ультразвуковых и пальпаторных размеров	260	52,2
Всего	457	100

Сканирование разных квадрантов желез производили последовательно, в разных плоскостях, при различных углах наклона датчика, степени компрессии железы и интенсивности ультразвука. При нахождении узлового образо-

вания обязательным было его полипозиционное исследование.

Средний размер злокачественных опухолей молочной железы составил $2,1 \pm 0,52$ см. Опухолевые узлы размером до 1 см выявлены у 41 (8,9%), от 1 до 1,9 см – 54 (11,8%), от 2 до 4,9 – 231 (50,8%) и выше 5 см – 127 (27,8%) больных.

При злокачественных новообразованиях молочных желез опухолевый узел сонографически выявлен у всех 457 больных, при этом заключение о раке сделано у 408 (89,8%) пациенток. Наиболее частыми эхографическими признаками опухоли являлись пониженная эхогенность (89%) и неоднородность внутренней структуры узла (89,8%), а также его неровные (69%) и нечеткие (57,3%) контуры. Реже – у 52,2% пациенток определяли несоответствие ультразвуковых и пальпаторных размеров опухоли, а также – дорсальную акустическую тень (48,7%).

Наличие микро- и макро обызвествлений было выявлено нами у 45 (9,8%) больных. При цветовом доплеровском картировании васкуляризация опухоли обнаружена у 252 (55,3%) пациенток. Чувствительность УЗИ в выявлении рака молочной железы составила 89,8%. Использование в сложных для диагностики случаях доплерографии и пункционной биопсии опухолей под контролем УЗИ позволило установить правильный диагноз у 437 (97%) больных.

Таким образом, ультразвуковое исследование является высоко эффективным методом распознавания рака молочной железы. Применение прицельной пункционной биопсии и доплерографии дают возможность повысить чувствительность сонографии с 89,8% до 97%.

К ВОПРОСУ О РОЛИ ПРИЦЕЛЬНОЙ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ В РАСПОЗНОВАНИИ НЕПОЛЬПИРУЕМЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Н.М. Федоров, О.Н. Царев, Д.Д. Нохрин

Тюменская ГМА
Тюменский ООД

Заболеваемость и смертность от рака молочной железы среди женского населения продолжают неуклонно расти. В России рак молочной железы находится на первом месте среди причин смерти женщин от злокачественных новообразований. С 2003 по 2009 г. прирост стандартизированных показателей заболевае-

мости составил 13,4% (Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2010).

В Тюменской области, по данным Тюменского ООД, в 2011 году заболеваемость раком молочной железы составила 68,03 на сто тысяч женского населения, что превышает суммарную заболеваемость опухолями яичников, шейки и тела матки (60,4 на сто тысяч женского населения). К сожалению, в области, по-прежнему, высокими остаются показатели запущенности и смертности от данной патологии. В 2011 году они составили 30,04 и 24,95 на сто тысяч женского населения соответственно. Одногодичная летальность ровнялась 6,64%.

В то же время, по данным международных исследований, при выявлении злокачественного образования молочной железы объемом менее 1,0 см³ (опухоль до 1,0 см в диаметре) 12-летняя выживаемость составляет более 95% (Корженкова Г.П., Блинов Н.Н., 2005; Rosen P.P., 1993). Таким образом, для снижения смертности и улучшения результатов лечения необходимо выявление заболевания на ранних стадиях. Оптимальным для этого является диагностика и лечение на доклиническом этапе. Последнее стало возможным благодаря развитию лучевых методов диагностики. Однако, теперь перед врачами стоят новые тактические проблемы. Одним из самых важных является вопрос морфологической верификации диагноза при непальпируемых образованиях молочной железы.

Открытая хирургическая биопсия, считавшаяся в течение многих лет «золотым стандартом», в случаях непальпируемых очагов поражения, выявленных с помощью маммографии или сонографии, непригодна, т.к. при «слепом» удалении сектора молочной железы наблюдается большой процент ошибок. За последнее десятилетие разработаны эффективные методы чрезкожной биопсии. К таковым относится прицельная тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ПТАПБ) под контролем ультразвука.

Мы располагаем шестилетним опытом применения прицельной тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии в диагностике непальпируемых образований молочных желез. Исследование проводилось в первую декаду менструального цикла с использованием ультразвукового аппарата Logiq Book XR. Пункция выполнялась сухим стерильным десятиграммовым шприцем и иглой 0,8 мм. Анестезия не применялась.

Исследование выполнено у 603 пациенток в возрасте от 25 до 65 лет; средний возраст об-

следованных – 47,6 года. Из указанного числа женщин (603), 265 человек (43,9%) находились в репродуктивном возрасте и 338 (56,1%) – в менопаузе.

У 180 (29,9%) пациенток размеры образований составляли от 0,5 до 1,0 см, у 290 (48,1%) – 1,1-1,5 см, и у 133 (22%) – 1,6-2,0 см.

Из 603 выполненных ПТАПБ информативный клеточный материал получен в 91,04% случаев. Рак молочной железы морфологически верифицирован почти у трети обследованных (173 женщины, т.е. 28,7%). У 25,5 % обследованных (154 пациентки) при морфологическом исследовании пунктата была выявлена пролиферация протокового эпителия, при этом в 35 случаях наблюдалась атипия последнего. Фиброаденома молочной железы была диагностирована у 14,8% обследованных женщин (89 человек), папиллярная цистаденома – у 11,8% (60 пациенток). У остальных 54 человек (8,9%) цитологический диагноз трактовался как киста, галактоцеле или липома.

Из 603 пациенток, вошедших в исследование, хирургическое лечение было выполнено у 496 (83,2%). Гистологическое исследование удаленного препарата в 476 случаях из 496 (96%) оказалось аналогичным с данными цитологического исследования материала, полученного при ПТАПБ.

Таким образом, прицельная тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия под ультразвуковым наведением, будучи в исполнении простой и малозатратной, является высокоинформативным диагностическим методом, позволяющим морфологически верифицировать заболевания молочной железы на этапе непальпируемой опухоли.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЭТ/КТ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Н.Н. Яскевич, Д.Н. Лапин

Тюменский ООД

В онкогинекологии проблема диагностики и лечения новообразований яичника является одной из самых трудных. У большинства больных злокачественными опухолями яичника заболевание выявляется на поздних стадиях, а результаты их лечения остаются неутешительными. Несмотря на высокую чувствительность многих современных методов диагностики, их