

влечение в процесс соседних органов и структур из-за значительных размеров опухоли, что зачастую диктует необходимость выполнения комбинированных операций, сопровождавшихся значительным процентом послеоперационных осложнений и летальностью. Обследование и лечение больных с неорганными опухолями забрюшинного пространства следует проводить в специализированных онкологических учреждениях при наличии высококвалифицированных хирургов, владеющих техникой абдоминальных, урологических, гинекологических операций и навыками сосудистой хирургии.

### **К ВОПРОСУ О ТЕРМИНОЛОГИИ ПРИ ОПИСАНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

*Н.М. Федоров, Д.Д. Нохрин, Н.В. Белоусова*

Тюменская ГМА  
Тюменский ООД

Ультразвуковая томография является одним из основных методов диагностики онкологических процессов. В то же время, термины, используемые врачами-сонологами для характеристики разновидностей макроскопических форм и направления роста опухоли в органе, в ряде случаев не совпадают с принятыми в клинической онкологии. В связи с этим, нам представляется актуальным вопрос об одинаковой интерпретации этих понятий клиницистами-онкологами и врачами ультразвуковой диагностики.

Выделяют три варианта формы опухолей в органе: экзофитный, эндофитный, смешанный (Петров Н.Н., 1952).

Экзофитной (ограниченно растущей) считают опухоль в виде узла. При увеличении размеров образования и развитии некроза возможно образование в полых органах блюдцеобразной или в паренхиматозных – полостной форм.

Эндофитная или инфильтративная форма представляет собой опухоль, распространяющуюся в стенке полого органа или вдоль последней. В паренхиматозных структурах данный вариант определяют как диффузный. При этой разновидности роста стенка или сам орган становятся толще, плотнее, границы новообразования четко не определяются.

Смешанная форма характеризуется сочетанием экзо- и эндофитного роста.

Другим важным моментом при эхографическом описании новообразований является направление роста экзофитных форм опухолей по отношению к стенке трубчатых структур или

полых органов. По нашему мнению, при росте опухоли в просвет правомочно пользоваться термином «эндоорганный», при распространении за пределы органа – «периорганный».

Считаем, что использование данной терминологии позволит упорядочить ультразвуковую семиотику, сблизив её с клинко-анатомической. Результатом этого явится выбор врачами онкологами оптимального метода лечения онкологических больных.

### **РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАСПОЗНАВАНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Н.М. Федоров, Н.А. Шаназаров, Н.М. Ясков, Д.Д. Нохрин, Н.В. Белоусова*

Тюменская ГМА  
Тюменский ООД

Заболеваемость и смертность от рака молочной железы среди женского населения продолжают неуклонно расти. По предварительным оценкам, в 2010 году, раком молочной железы в мире заболеют около полутора миллионов человек (Parkin D.M. и соавт., 2002). В России рак молочной железы находится на первом месте среди причин смерти женщин от злокачественных новообразований. Болезнь на том или ином этапе жизни поражает каждую девятую женщину (Летягин В.П., 2006). В Тюменской области в 2008 году заболеваемость раком молочной железы составила 51,9 на сто тысяч женского населения.

В последние годы для диагностики патологии молочной железы наряду с рентгеновским исследованием широкое применение нашла сонография (ультразвуковое исследование, эхография, УЗИ). Метод не имеет противопоказаний, не дает лучевой нагрузки и позволяет проводить прицельную пункционную биопсию образований молочной железы.

Вместе с тем, остается недостаточно изученная роль УЗИ в комплексном исследовании больных с подозрением на рак молочной железы.

Цель исследования: изучить место и роль эхографии в распознавании рака молочной железы.

Материалы и методы.

Проанализированы результаты обследования 457 больных раком молочной железы, находившихся на лечении в Тюменском областном онкологическом диспансере в период с 2005 - 2009 г.г. Всем пациенткам в плане комплексного исследования выполнена эхография молочных же-