

Обследовано 66 пациенток с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей в пери- и постменопаузальном периоде. Все больные были обследованы ультразвуковым методом с использованием трансабдоминального (конвексным датчиком 3,5 МГц) и трансвагинального (датчиком 6,5-7 МГц) доступов на современном

УЗ-аппарате (Logiq S6 GE, Healthcare) по определенной программе с применением новейших ультразвуковых методик.

При выявлении очаговых изменений миометрия определяли их размеры, степень распространенности и взаимоотношение с окружающими органами и структурами, оценивали толщину маточной стенки в зоне опухоли. Характерными ультразвуковыми признаками РЭ в режиме В-сканирования являлась неоднородность внутренней структуры образования, более высокая его эхогенность по сравнению с неизменным миометрием. Наличие неровного, внешнего контура, проникающего в миометрий на различную глубину, отсутствие границы между опухолевым очагом и миометрием в случаях значительного местного распространения опухоли или возможная визуализация

гипоэхогенного ободка вокруг новообразования. Особое внимание уделяли оценке глубины миометриальной инвазии, возможному переходу злокачественного процесса на цервикальный канал и оценке состояния региональных лимфатических узлов, что имело решающее значение в определении стадии заболевания и выборе тактики лечения. Определение стадии рака тела матки было осуществлено согласно Международной классификации рака (FIGO - 1988).

Результаты исследования.

В результате проведенного исследования у 14 больных (21,2%) выявлены гиперпластические процессы эндометрия, а у 52 пациенток (78,8%) злокачественные процессы эндометрия. Средний возраст больных при раке эндометрия  $65,4 \pm 7$  лет. У 13 (19,7%) больных с аденокарциномой эндометрия наблюдалась сопутствующая миома матки. Для характеристики интенсивности артериального и венозного внутриопухолевого кровотока в режимах ЦДК и ЭК определяли количество лоцируемых цветовых сигналов сосудов опухоли. В нашем исследовании степень дифференцировки опухоли коррелировала со стадией заболевания. Обследование больных с подозрением на рак эндометрия выявило увеличение толщины М-эхо. При Ia стадии - толщина М-эхо составила  $11,5 \pm 3,7$  мм, при Ib стадии -  $15,8 \pm 8,4$  мм, при Ic стадии -  $17 \pm 3,4$  мм при II стадии -  $21 \pm 4,1$  мм, при III стадии -  $27 \pm 2,0$  мм, при IV стадии более 30 мм. Плоскоклеточный

рак Ia стадии - 8 случаев, Ib стадии - 2 случая, сочетание аденокарциномы и эндометриальной стромальной саркомы II стадии - 2 случая, III стадии - 1 случай. В нашем исследовании мы проводили оценку индекса инвазивного роста (ИИР) по определению отношения объема измененного эндометрия (ОИЭ) к объему тела матки. При Ia стадии объем эндометрия составил  $4,2 \pm 2,2$  см<sup>3</sup>, индекс инвазивного роста -  $11,9 \pm 4,2$ , при Ib стадии ОИЭ -  $8,3 \pm 4,6$  см<sup>3</sup>, ИИР -  $7,5 \pm 5,4$ , при Ic стадии (ОИЭ) -  $15,4 \pm 5,3$  см<sup>3</sup>, ИИР -  $4,3 \pm 2,9$ . Для большинства больных РЭ характерным являлась его локализация в области дна матки либо одного из трубных углов. Некроз опухоли с деформацией полости матки и наличие в ней жидкости определялись при III и IV стадиях процесса.

Выводы.

Использование современных ультразвуковых технологий позволяет совершенно на новом качественном и количественном уровнях решать задачи внутриназологической диагностики рака эндометрия. Ультразвуковая ангиография при раке эндометрия позволяет диагностировать особенности внутриорганный и опухолевого кровотока, что играет важную роль в уточняющей диагностике и в мониторинге проводимой противоопухолевой терапии.

## **НЕОРГАНЫЕ ЗАБРЮШИННЫЕ ОПУХОЛИ. АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

*Г.Н. Стрижаков, А.Н. Демаков, В.В. Яценко*

Хакасский ГУ им. Н.Ф. Катанова, г. Абакан  
Онкологический диспансер, г. Абакан

Неорганные опухоли забрюшинного пространства встречаются редко, не более чем в 0,3% всех новообразований человека и это не позволяет иметь значительный опыт в лечении этой категории больных. Забрюшинные неорганные опухоли представляют собой необычайно разнообразные по гистологической структуре новообразования. Анатомические особенности забрюшинного пространства определяют отсутствие специфических клинических симптомов, требуя неординарной диагностической и лечебной тактики. Основной особенностью их клинического течения является склонность к рецидивированию и достижение больших размеров, связь с окружающими органами и тканями, в том числе с магистральными сосудами, вызывая зна-

чительные трудности и требуя выполнения комбинированных операций.

Цель работы: изучить возможности в диагностике забрюшинных опухолей. Анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных с новообразованиями забрюшинной локализации.

Материал и методы.

В работе проанализированы результаты обследования и лечения 49 больных с забрюшинными неорганными опухолями, которые находились на лечении в хирургическом отделении ГУЗ РХОД с 2002 по 2009 годы. Из них мужчин 11 (22,4%), женщин 38 (77,6%). Средний возраст больных составил 48,5 лет (от 20 до 74 лет). У ряда пациентов имелась сопутствующая хирургическая патология, потребовавшая выполнения симультанных оперативных вмешательств в 11 случаях (22,4%).

Отдаленные результаты оценивались по функции выживания при помощи программы StatSoft v.6 for Windows.

Результаты и обсуждение.

В диагностике забрюшинных опухолей наряду с клиническими данными, нами были использованы ультразвуковое сканирование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, внутривенная урография, компьютерная томография, гаммасцинтиграфия. Наиболее достоверными оказались результаты спиральной компьютерной томографии позволившей в 92% установить локализацию процесса и в 72% вовлечение других анатомических структур.

Первичные забрюшинные опухоли выявлены у 40 пациентов (81,6%) и в 9 (18,4%) случаях - рецидивные. У 3-х пациентов операция выполнена по поводу 3-го и более рецидивов. Резектабельность составила 89,8%.

В 19 (38,7%) случаях произведены комбинированные операции, причем, у 8 пациентов выполнено более двух комбинированных этапов. Выполнялись следующие комбинированные оперативные вмешательства: резекция магистральных сосудов (нижняя полая вена, общая подвздошная артерия и вена) – 6 (31,6%), адреналнефрэктомия – 6 (31,6%), гемиколэктомия – 4 (19%), пангистерэктомия – 4 (19%), дистальная панкреатоспленэктомия – 2 (10,5%), резекция мочевого пузыря и мочеточника – 2 (10,5%). Во время операций с резекцией магистральных сосудов в четырех случаях удалось использовать сосудистый шов без протезирования сосудов. В двух случаях использован сосудистый протез при резекции общей подвздошной артерии.

Сочетанные операции (n=11) представлены следующими оперативными пособиями: тиреоидэктомия (n=1), чрезбрюшинная гастрэктомия

(n=1), экстирпация матки с придатками (n=1), холецистэктомия (n=2), надвлагалищная ампутация матки с придатками (n=1), аднексэктомия (n=3), герниопластика (n=2).

Следует отметить, что в трех случаях сочетанные операции выполнены по поводу злокачественного процесса другой локализации (рак желудка (n=1), рак щитовидной железы (n=1), рак эндометрия (n=1)).

После гистологического исследования доброкачественный характер опухоли определен у 27 пациентов (55,1%), злокачественный – 22 (44,9%).

В морфологии доброкачественных новообразований преобладали опухоли жировой ткани 12 (44,4%) (липофиброма - 6 и липома - 4), вторыми по частоте были нейрогенные 8 (29,7%) (нейрофиброма-5 и невринома-3), затем следовали тератомы – 4 (14,8%), ангиомиомы – 2 (7,4%) и мезенхимома – 1 (3,7%).

Гистологические формы злокачественных опухолей: липосаркома – 8 (36,4%), злокачественная невринома – 4 (18,2%), злокачественная параганглиома – 3 (13,7%), злокачественная мезенхимома – 2 (9,1%), ангиосаркома – 2 (9,1%), злокачественная нейрофиброма – 1 (4,5%), злокачественная шваннома – 1 (4,5%), фибросаркома – 1 (4,5%).

Послеоперационные осложнения развились у 9 (18,4%) больных. Геморрагический шок – 4 наблюдения (в 2 случаях средней и в 2 случаях тяжелой степени), ставший причиной смерти у 2 больных. Наиболее частыми (5 случаев) были гнойно-воспалительные осложнения: перитонит - у 2 больных, поддиафрагмальный абсцесс - у 1 и инфильтрат брюшной полости - у 2, потребовавшие выполнения повторных хирургических вмешательств у 3 больных. Во всех случаях воспалительные осложнения наблюдались у больных, которым выполнены комбинированные операции на органах желудочно-кишечного тракта.

В послеоперационном периоде в группе радикально оперированных пациентов умерло 3 больных. Послеоперационная летальность составила 6,8%.

За период наблюдения умерло 10 (58,82%) радикально оперированных больных. Продолжают наблюдаться 7 (41,18%). Актуарная 5-летняя выживаемость (метод Каплана-Мейера) составила 31,82%. Медиана ожидаемого времени жизни равна 1729,44 дня (56,7 мес. = 4,7 года).

Выводы.

Диагностика забрюшинных опухолей с возможностью дооперационной верификации остается актуальным вопросом. Особенностью новообразований данной локализации является во-

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 брюшинного 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 клинико-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-