

таковы: в I–II стадиях диагностировано 76,8 % опухолей эндометрия; в III стадии – 13,8 %, в IV стадии – 9,3 %.

В городе неблагополучный Октябрьский район занимает первое место по диагностике ранних стадий, в то время как благополучный Ленинский на последнем месте по этому показателю (60,9 %). А вот распространенные раки чаще встречаются как раз в Ленинском (11,8 %) и Советском (11,6 %) районах и реже в Октябрьском (9,1 %) и Центральном (9,3 %).

Один из важных показателей для оценки как эффективности работы первичного звена, так и организации системы раннего выявления опухолей – это процент выявления при профосмотрах. Традиционно в Омской области этот показатель выше российского и достигал 44,3 % (2000 г.), при среднем значении 20 %. И здесь лидер – село (средний показатель – 34,4 %)! Лишь в последние годы в городе данный показатель несколько превышает сельский (24 против 20,9). По области средний показатель

морфологической верификации РТМ составил 86,4 %. И опять же, село практически во все годы «обгоняет» город по этим цифрам.

Выводы. Наибольшие показатели заболеваемости РТМ в Омской области отмечены в районах, приближенных к городу, а в областном центре в районе, на территории которого расположено предприятие нефтехимической промышленности. Особенности стадийной диагностики РТМ является то, что подавляющее большинство опухолей удаётся верифицировать в I–II стадиях (до 76,8 %). Как и для опухолей других локализаций, высок процент выявления новообразований эндометрия при профосмотрах (до 34,4 %), а также доля морфологически подтверждённых опухолей. С использованием системы канцер-регистра удаётся не только оперативно получать необходимые сведения о больных с новообразованиями, но и проводить достоверный «тонкий» анализ по любым показателям работы онкологической службы.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИЗОБРАЖЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.Б. Миронов

ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», г. Кемерово

Актуальность. По данным ВОЗ, около 10 % населения Земли имеют очаговые поражения щитовидной железы. При пальпации узловые образования щитовидной железы выявляются примерно у 5 % людей, а при ультразвуковом исследовании почти в 10 раз чаще. Образования, имеющие размеры до 1 см, пальпаторно не определяются и протекают бессимптомно. Кисты щитовидной железы и аденомы составляют от 6 до 35 % от всех объемных образований, удаленных во время оперативного вмешательства. По проведенному многими авторами статистическому анализу только 5 % от всех выявленных узлов – злокачественные опухоли. Анализ данных литературы позволяет судить об успехах и нерешенных вопросах в

диагностике узловых образований щитовидной железы, но о природе этих образований можно высказаться лишь с большей или меньшей степенью вероятности. Все это свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования сонографии и целесообразности изучения возможностей современных ультразвуковых технологий в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы.

Цель исследования. Изучение возможностей современных технологий ультразвукового исследования и малоинвазивных вмешательств под контролем ультразвука в диагностике узловых образований щитовидной железы.

Материал и методы. Обследовано 46 пациентов с узловыми образованиями щитовидной

железы. Верификация узловой патологии осуществлялась на основании гистологического исследования удаленных во время операции узловых образований. Ультразвуковое исследование производилось на ультразвуковом аппарате SonoAce 9900 (фирма Medison, Южная Корея) с использованием мультимодального линейного датчика 7–11 МГц с возможностью трапециевидной развертки изображения в режиме серошкального сканирования (В-режим), цветового и энергетического доплеровского картирования (ЦДК и ЭДК), использованием импульсно-волнового (PW, ИД), использованием второй и тканевой гармоник, трехмерной реконструкции ультразвукового изображения и проведением тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем ультразвука.

Результаты. Комплексное ультразвуковое исследование в диагностике узловой патологии щитовидной железы и дифференциальной диагностике характера патологии оценивалось на основании результатов обследования 46 пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы. В результате исследования в 35 % случаев диагностирован узловой коллоидный зоб, в 38 % – его проявления на фоне аутоиммунного тиреоидита, в 15 % выявлена аденома, в 12 % – рак щитовидной железы. В режиме «серой шкалы» отмечены следующие особенности: для узлового зоба была характерна множественность поражения, четкость контуров, неоднородность структуры. Эхогенность узлов была чаще сниженной, но в 10 % случаев отмечена их гиперэхогенность. На фоне аутоиммунного тиреоидита более отчетливо визуализировалась четкость контуров, структура была неоднородной, эхогенность практически у всех узлов была низкой. Аденомы имели смешанную эхогенность или были изоэхогенными с неоднородной структурой и четкими контурами. Злокачественные опухоли практически всегда были гипоехо-

генными, имели нечеткие, размытые контуры, для них характерно наличие бугристой поверхности, наличие «спикул» на поверхности узлов, и неоднородность структуры, обусловленной наличием кальцинатов. Кальцинаты в структуре узлов выявлены примерно в 25 % случаев.

Комплекс доплеровских методик в В-режиме и при трехмерной реконструкции позволил оценить наличие кровотока и его распределение по поверхности и внутри узлов, в некоторых случаях оценить скоростные характеристики кровотока. Для злокачественных образований было более характерно наличие интранодулярного кровотока, при этом извитой ход сосудов, неравномерность их просвета, наличие «аляйзинг» эффекта. При аденомах наблюдалась смешанная васкуляризация как за счет огибающих сосудов, так и за счет внутриузловых. Применение второй и тканевой гармоники позволило лучше визуализировать все узловые образования, особенно изоэхогенные узлы и образования с эхогенностью, незначительно отличающейся от окружающих тканей, недоступные исследованию в обычном серошкальном изображении. Для злокачественных образований при этом более характерно наличие «вала» повышенной эхогенности в ткани железы на границе с узлом. Проведение тонкоигольной пункционной аспирационной биопсии позволило в 80 % случаев получить достоверные цитологические данные о природе узла.

Выводы. Комплекс современных методик ультразвукового исследования позволяет повысить диагностические возможности дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы, что в последующем может быть использовано при определении тактики лечения пациентов. Методика трехмерной реконструкции изображения позволяет получить информацию о внутренней структуре узла.