

диагностике узлов ЩЖ и дифференциальной диагностике характера поражения оценивали на основании результатов последующего морфологического исследования 120 пациентов с узловыми образованиями ЩЖ после оперативного вмешательства.

Результаты. В 35 % случаев диагностирован узловой коллоидный зоб, причем у 39 % из них на фоне аутоиммунного тиреоидита, в 15 % выявлена аденома, в 11 % – рак ЩЖ. В режиме «серой шкалы» выявлены следующие семиотические особенности: для узлового зоба характерна множественность поражения, четкость контуров, неоднородность структуры. Эхогенность узлов чаще была сниженной, только в 10 % случаев отмечена их гиперэхогенность. На фоне аутоиммунного тиреоидита в большинстве случаев проявлялась нечеткость 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 гипоехогенными, имели нечеткие, размытые контуры, для них было характерны наличие бугристой поверхности, «спикул» на поверхности узлов, неоднородность структуры. Кальцинаты в структуре узлов выяв-

лены в 27 % случаев. Комплекс доплеровских методик позволил оценить наличие кровотока и его распределение в ткани узлов. Для злокачественных образований было более характерно наличие интранодулярного кровотока извитого хода сосудов, неравномерность их просвета, наличие «аляйзинг-эффекта». При аденомах наблюдали смешанную васкуляризацию как за счет огибающих сосудов, так и за счет внутриузловых. Применение тканевой гармоник позволило лучше дифференцировать все виды узловых образований от окружающих тканей, особенно изоэхогенные узлы и образования с эхогенностью, незначительно отличающейся от окружающих тканей, эта методика позволяет более точно оценить размеры узла и состояние окружающей ткани железы. Проведение тонкоигольной пункционной аспирационной биопсии позволило в 88 % случаев получить достоверные цитологические данные о природе узла.

Выводы. Ультразвуковое исследование узловых образований щитовидной железы должно включать весь комплекс современных аппаратных методик, что позволяет повысить точность дифференциальной диагностики узловых образований ЩЖ, что в последующем может быть использовано при определении рациональной тактики лечения пациентов.

ОБЪЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

М.И. МОЛДОЕВ, А.Р. ЖУМАБАЕВ, А.К. ЭСЕНБАЕВ

Ошский межобластной центр онкологии при МЗ КР (ОМОЦО) ЦПМО, г. Ош, Кыргызстан

Цель исследования. Определить объемы операций при различных стадиях рака желудка.

Материал и методы. Проанализированы данные 87 оперированных больных с диагнозом рак желудка, наблюдавшихся и лечившихся в ОМОЦО с 2001 по 2007 г.

Результаты. Возрастное распределение оперированных больных следующее: 1911–1921 г.р. – 1 больной (1,14 %), 1921–1931 г.р. – 13 (14,94 %), 1931–1941 г.р. – 19 (21,83 %), 1941–1951 г.р. – 19 (21,83 %), 1951–1961 г.р. – 21 (24,13 %), 1961–1971 г.р. – 11 (12,64 %), 1971 г.р. и младше –

3 больных (3,44 %). Морфологическая верификация составила 85 %, в 15 % случаев диагноз установлен клинически. При I стадии заболевания оперативные вмешательства выполнены у 2 пациентов (2,3 %), при II стадии – у 7 (8,5 %), при III стадии – 51 (58,6 %), при IV стадии – 27 (31,1 %). Из них гастроэктомию перенесли – 3 больных, субтотальную резекцию желудка – 43 больных, передний гастроэнтероанастомоз с брауновским соустьем – 32 больных, одному больному наложена гастростома и у 9 больных операция была ограничена пробной лапаротомией.

Выводы. Объем хирургического вмешательства при раке желудка зависел от стадии заболевания, гистологической структуры опухоли, своевременности начатого лечения, возраста и общего состояния больных. Паллиативные опе-

рации выполнены у 37,9 % больных, их частота связана с плохой осведомленностью населения о заболеваниях желудка, несвоевременным обращением больных, низкой онкологической настроенностью врачей общей лечебной сети.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА

С.В. МОЛЧАНОВ

ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»

Актуальность. В последнее время отмечаются повышение заболеваемости гинекологическим раком и тенденция к повышению удельного веса женщин репродуктивного периода, заболевших гинекологическим раком. При этом все больше внимание отводится не только непосредственным результатам противоопухолевого лечения (общая выживаемость, медиана выживаемости, безрецидивная выживаемость), но и качеству жизни после проведенной терапии, неотъемлемой частью которого является психологический статус пациентки. Проводимое радикальное лечение у пациенток репродуктивного возраста, как правило, вызывает искусственную менопаузу. Резкое выключение функции яичников у молодых женщин в результате противоопухолевого лечения сопровождается серьезными системными проявлениями. Причем менопаузальные симптомы возникают значительно чаще, более выражены и длятся дольше, чем у женщин с естественной менопаузой. Все это значительно снижает качество жизни этой категории больных.

Цель исследования. Разработать и оценить эффективность комплекса реабилитационных мероприятий у онкогинекологических больных репродуктивного периода после завершения противоопухолевого лечения.

Материал и методы. Проведена оценка тревожно-депрессивных расстройств, уровня климактерических расстройств у 48 больных

репродуктивного возраста с верифицированным диагнозом рака яичников и тела и шейки матки, которым было проведено противоопухолевое лечение. Все пациентки были разделены на 2 группы: основную составили 18 женщин, которым после завершения противоопухолевого лечения был проведен разработанный комплекс реабилитационных мероприятий, контрольную группу составили 30 онкогинекологических больных, которым после проведенного противоопухолевого лечения реабилитационные мероприятия не проводились. Группы были сопоставимы по возрасту, локализации и стадии опухолевого процесса. Реабилитационные мероприятия проводили всем пациенткам основной группы в условиях местного реабилитационного центра «Ключи» и включали преформированные физические факторы, рефлексотерапию, бальнеотерапию (4 камерные ванны, гидромассаж стоп в ванночках с пузырьковым эффектом), психотерапию, фитотерапию и лечебную физкультуру. Восстановительное лечение начиналось в срок от 3 до 6 мес после завершения противоопухолевого лечения. Оценка тревожно-депрессивных расстройств проводилась с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), уровня менопаузальных нарушений с помощью шкалы менопаузальных расстройств Куппермана в модификации Уваровой. Динамика этих показателей у пациенток 1-й группы оценивалась после завершения противоопухолевого