гических больных: так у 13492 пациентов или 54,67% от всего контингента с момента установления диагноза прошло 5 лет и более, что превысило на 0,9% данный показатель за 2009 г. (54,2%), а так же общероссийский уровень 2009 г. – 50,7%.

Выводы:

1. В 2010 г. на территории Тюменской области (без автономных округов) отмечается рост онкологической заболеваемости. Тем не менее, благодаря совершенствованию методов профилактики, диагностики и лечения, отмечается снижение показателей запущенности, одногодичной летальности, смертности и увеличение показателя пятилетней выживаемости.

2. При устойчивой тенденции снижения показателя смертности от злокачественных новообразований за последние два года, пока не удалось достичь уменьшения смертности от рака среди пациентов трудоспособного возраста. Для выполнения этой социально значимой задачи необходимо добиться дальнейшего снижения показателя запущенности как наиболее важного при решении вопроса о радикальном лечении и, как следствие, повышения выживаемости данной популяции онкобольных.

ДИАГНОСТИКА

ВОЗМОЖНОСТИ ВЫСОКОПОЛЬНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

*Е.Е. Бобер, И.Г. Фролова,
Е.А. Чойнзонов, Н.Ю. Быстрова*

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск, Россия

Узловые образования щитовидной железы обладают высоким потенциалом онкологической опасности, и их трансформация в злокачественные опухоли достигает 38,7% (Мельник О.А. и соавт., 2002). Поэтому своевременная диагностика узловых новообразований щитовидной железы становится все более острой.

Цель исследования: определить возможности высокопольной магнитно-резонансной томографии в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы на фоне аутоиммунного тиреоидита.

Материалы и методы исследования.

Проведена магнитно-резонансная томография 12 пациентам с узловыми образованиями щитовидной железы, а также пациентам с диффузно-узловой формой хронического аутоиммунного тиреоидита (подтвержденного клинически и лабораторно). Все пациенты были обследованы на 1,5 Т МР-томографе Magnetom Essenza (Siemens, Германия) с использованием поверхностной шейной катушки. Программа проведения исследования включала T₁-ВИ, T₂-ВИ, методику подавления жира по химическому сдвигу, диффузионно-взвешенную МРТ в аксиальной, коронарной, сагиттальной проекциях с толщиной срезов 3 мм. При оценке изображений анализировалась форма, размеры щитовидной железы, ее структура в зависимости от изменений МР-сигнала в разных импульсных последовательностях. Всем пациентам была выполнена тонкоигльная пункция узловых образований под контролем ультразвукового исследования.

Результаты исследования.

При анализе результатов исследования общие размеры образований составляли от 10 мм до 40 мм. Во всех случаях узловые образования в щитовидной железе имели неоднородный МР-сигнал. Неоднородность МР-сигнала была обусловлена разностью соотношений тканевых элементов и коллоида в структуре узла. Кистозно-коллоидные образования имели гиперинтенсивный сигнал на T₁ и T₂ ВИ, что было обусловлено белковой природой коллоида. Кистозно-солидные узлы имели неоднородный сигнал преимущественно на T₂ ВИ.

У 5 пациентов узловые образования были на фоне диффузных изменений щитовидной железы по типу хронического аутоиммунного тиреоидита, который характеризовался неоднородностью сигнала паренхимы щитовидной железы на T₁ и T₂ ВИ, с наличием гипо- и гиперинтенсивных сигналов.

У 7 человек узловые образования имели достаточно четкие ровные контуры, у 5 образований имели бугристые контуры. У 1 пациента узловое образование располагалось за грудиной, сдавливая пищевод и трахею.

При оценке возможностей магнитно-резонансной томографии в диагностике узловых образований щитовидной железы полученные результаты сравнивались с объективными данными, данными ультразвукового исследования и результатами цитологического исследования. Таким образом, МРТ явилась высокоинформативным методом в диагностику узловых образований, в том числе на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

У ЖЕНЩИН ПОВЫШЕННОГО ПИТАНИЯ

А.К. Дигай, А.С. Сайдахметов,
А.К. Дигай, А.К. Крискус

РДЦ, г. Астана, Казахстан
Городской ОД, г. Астана, Казахстан

В настоящее время проблема совершенствования диагностики заболеваний молочных желез является весьма актуальной. Достаточно сказать, что примерно две трети женщин, обращающихся к врачу, предъявляют жалобы именно на молочные железы. При этом рак молочных желез выходит на первое место среди всех онкозаболеваний и занимает первое место среди причин смертности женщин. На фоне этой удручающей статистики определенным оптимизмом внушает тот факт, что за последние годы значительно усовершенствованы диагностические технологии в этой области и разработаны четкие алгоритмы обследования, соблюдение которых позволяет выявлять ранние формы заболеваний и успешно их лечить. Однако следует иметь в виду, что субъективная оценка возможностей различных методов исследования влияет на их результаты, может приводить к тактическим и диагностическим ошибкам. Ультразвуковое исследование – это методика, являющаяся прекрасным союзником маммографии. Ее достоинства: простота и безвредность, возможность исследования плотной ткани железы у молодых женщин, при фиброзах, доступность исследования регионарных лимфоузлов, дифференциальная диагностика кист и солидных образований. Недостатками метода является большое количество ложноположительных и ложноотрицательных результатов, особенно при наличии жировой перестройки железистой ткани. Трудности диагностики заболеваний молочных желез во многом объясняются вариабельностью строения этого органа, его возрастными, конституциональными и гормональными особенностями. Соотношение жировой и железистой ткани меняется в течение жизни, состояние железистой ткани также имеет возрастной ценз и зависит от фазы менструального цикла. Преобладание жировой ткани в структуре железы, а также резко увеличенные размеры молочных желез затрудняют выявление мелких солидных новообразований. Выраженность жировой ткани прямо зависит от массы тела пациентки.

Цель работы: анализ интерпретации результатов ультразвуковой маммографии, стандартизация методики тонкоигольной аспирационной биопсии у женщин повышенного питания с диагнозом: узловое образование молочной железы.

Материалы и методы исследования.

Исследование проведено на базе Республиканского диагностического центра РК, поликлиники «Городского онкологического диспансера г.

Астаны» за период с 2009 по 2011 гг. В исследование включены 121 пациентка с узловыми образованиями молочной железы. Учитывая тот фактор, что наибольшее разнообразие строения молочных желез характерно для возрастного периода 25-40 лет с целью статистической достоверности в исследование включены пациентки, средний возраст которых составил $44,9 \pm 6,3$ года. Все женщины рожавшие, так как имеются существенные различия в структуре молочных желез при сравнении их структуры у рожавших и нерожавших женщин. По росту-весовому коэффициенту больные распределены на три группы: группа 1 (контрольная) – без явлений ожирения ($n=34$), группа 2 – ожирение 2 ст. ($n=41$), группа 3 – ожирение 3-4 ст ($n=46$). Таким образом, достоверных отличий в группах кроме роста – весовых показателей не имелось. Всем пациенткам проводилось пальпаторное обследование молочной железы, с целью уточнения диагноза проводилась ультразвуковая маммография (УЗМ). УЗМ проводилась на аппарате Siemens Sjnoline G50 при использовании датчика частотой 7,5 МГц, с целью верификации диагноза всем женщинам выполнялась тонкоигольная аспирационная биопсия под УЗ-контролем.

Результаты исследования и их обсуждение.

В группе 1 – при пальпаторном обследовании выявлены образования у 30 пациенток (88,2%). При этом в глубине ткани молочной железы у 16 (53,3%) женщин, у 14 (46,7%) достаточно близко к подкожно-жировой клетчатке. В группе 2 – при первичном пальпаторном обследовании узловые образования выявлены у 31 пациентки (75,6%), из них в глубине ткани у 13 (41,9%), у 18 (58,1%) близко к подкожно-жировой клетчатке, в группе 3 – у 27 женщин (58,6%), соответственно у 9 (33,3%) в глубине ткани и 18 (66,7%) близко к подкожно-жировой клетчатке. При интерпретации результатов УЗМ выявлено, что в возрастном периоде 40–50 лет отмечают увеличение доли жировой ткани, уменьшение степени развития железистого дерева, числа железистых долек. Наиболее выраженные изменения выявлены в группе 3. Следует отметить, что у худощавых пациенток, у которых в прошлом был длительный период лактации (до 1 года), значительно дольше сохраняется сетчатое строение стромальножелезистого комплекса, что следует расценивать не как гиперплазию железистой ткани, а как запаздывание инволютивных изменений.

Таким образом, узловые образования молочной железы пальпаторно выявляются при их размерах от 1 см и более. Образования менее 1 см при пальпаторном методе исследования определяются при расположении их достаточно близко к подкожно-жировой клетчатке. При этом у лиц с

ожирением процент пальпаторного выявления образований молочной железы достоверно ниже, а размеры выявленных образований больше чем в контрольной группе 1 ($p < 0,05$).

С целью верификации диагноза всем пациентам осуществлялась тонкоигольная аспирационная биопсия под УЗ-контролем. При проведении тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем ультразвука игла вводилась в образование в молочной железе, после чего осуществляется медленная аспирация содержимого, при этом выполнялось медленное смещение иглы в пределах узлового образования. По данным ряда авторов примерно более чем в 40% случаев информативность ТАБ оказывается недостаточной из-за получения неинформативного материала, а также вследствие постановки так называемого "непонятного" диагноза. В нашем исследовании смещение иглы под УЗ-контролем в пределах узла позволило получить информативный материал с первой попытки биопсии в 59% случаях. По результатам полученных исследований в целом чувствительность УЗМ в дифференциальной диагностике злокачественных и доброкачественных образований при использовании датчика частотой 7,5 МГц составила от 82%, специфичность — от 76%.

Выводы.

Для полноценной диагностики заболеваний молочной железы необходимо учитывать ростовые показатели женщин, с явлениями ожирения необходимо полноценное медицинское обследование, включающее в себя осмотр врача первичного приема – клинициста и осмотр врача ультразвуковой диагностики. При единой работе всех этих специалистов неадекватность диагноза сводится к нулю. Стандартизация работы врача, комплексный подход к диагностике заболеваний молочных желез может во многом улучшить существующее ныне положение.

ШКАЛА ТЯЖЕСТИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СКЕЛЕТА (ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ) И ШКАЛА ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

П.Б. Зотов, А.Г. Синяков, С.А. Ральченко, А.А. Мойсиев, А.Б. Хисматуллина

Тюменская ГМА
Тюменский ООД

Предложена шкала тяжести метастатического поражения скелета для оценки опорно-двигательной функции (5-ти бальная) и шкала физической активности (5-ти бальная), используемые при онкологических заболеваниях. Совместное использование этих шкал позволяет дать комплексную оценку поражения скелета и уровня физической активности в динамике.

Ключевые слова: метастазы, кости, скелет, шкала физической активности, шкала тяжести метастатического поражения скелета

Метастатическое поражение костей скелета при раке молочной железы является наиболее частым сценарием прогрессирования опухоли этой локализации. Тем не менее, у многих женщин диагностика остеогенных осложнений, нередко, происходит на этапе патологического перелома. Когда возможности восстановительного лечения крайне ограничены или невозможны.

С целью унификации уровня метастатического поражения опорного скелета при РМЖ нами разработана бальная клинико-диагностическая шкала, включающая следующие категории.

Клинико-диагностическая Шкала тяжести метастатического поражения скелета (опорно-двигательная функция)

0 – нет болей и др. клинических признаков (при подтвержденном метастатическом поражении скелета);

1 – боль, незначительно ограничивающая обычную физическую активность;

2 – боль без патологического перелома, значительно ограничивающая обычную физическую активность;

3 – патологический перелом с болевым синдромом, ограничивающий обычную физическую активность;

4 – патологический перелом с болевым синдромом, резко ограничивающий физическую активность (обслуживание в пределах палаты / квартиры);

5 – патологический перелом, исключающий способность самообслуживания (перелом бедра, перелом позвоночника с компрессией спинного мозга и развитием тяжелого пареза/плегии и др.).

Шкала позволяет:

1. Оценить степень поражения скелета при выявлении метастатического процесса у больных РМЖ 3 кл. группы. Дополнительным элементом оценки будет длительность клинических признаков (длительность болевого синдрома) до постановки диагноза.

2. Сравнить отдельные ЛПУ по своевременному выявлению поражения скелета у больных 3-й кл. группы, в т.ч. как критерий оценки эффективности внедрения системы третичной профилактики (например, образовательный аспект, рассчитанный на врачей общей лечебной сети).

3. Сравнить эффективность (по степени сохранности физической активности) различных лечебных подходов при одном уровне поражения скелета.

В данной шкале физическая активность является ключевым элементом, т.к. она отражает качество жизни. Поэтому параллельно с предложенной выше клинико-анатомической системой оценки тяжести поражения скелета должна использоваться шкала уровня физической активности.