

Выводы. Рецидивы рака в оставшейся части желудка чаще всего являются следствием недостаточно высокого уровня резекции из-за недоучета особенностей распространения рака по желудочной стенке за пределы видимой опухоли. Наиболее частой локализацией раннего рецидива РЖ является зона анастомоза, в случае позднего рецидива чаще всего поражаются остаток малой кривизны или кардиальный отдел оставшейся части желудка. Высокий показатель резектабельности рецидивного РЖ отмечен

после резекции желудка по Бильрот-II с передиободочным анастомозом на длинной петле. Наиболее неблагоприятный прогноз имели больные после гастрэктомии, что объясняется изначально более злокачественным течением опухолевого процесса. Проведенное исследование убедительно доказывает необходимость активной профилактики злокачественных новообразований и лечебной тактики при лечении больных с РРЖ и РКЖ.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ТОЧНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.Б. МИРОНОВ

*ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», г. Кемерово
ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»*

Актуальность. По данным ВОЗ, около 10 % населения Земли имеют очаговые поражения щитовидной железы (ЩЖ). При пальпации узловые образования ЩЖ можно выявить в 5 % случаев, а при УЗИ – почти в 10 раз чаще. Образования размером до 1 см пальпаторно не определяются и протекают, как правило, бессимптомно. Анализ литературы говорит о том, что 5 % выявленных узлов – злокачественные опухоли. От 6 до 35 % всех объемных образований, удаленных во время операций, составляют кисты и аденомы ЩЖ. От правильной диагностической тактики зависят предполагаемый объем и материальные затраты на оказание лечебной помощи. При этом важна рациональная последовательность выполнения исследования от простых и малозатратных к более сложным и менее доступным. Из довольно большого количества методик, позволяющих исследовать ЩЖ и патологические процессы в ней, на первое место по доступности и информативности выходит ультразвуковое исследование. Совершенствование ультразвуковой аппаратуры и появление новых ультразвуковых методик указывают на целесообразность исследования возможностей современных ультразвуковых

технологий в решении проблемы диагностики узловых образований ЩЖ. До сих пор нет абсолютно достоверных ультразвуковых признаков доброкачественности или злокачественности образований щитовидной железы. Разные по морфологии и природе образования могут иметь сходную ультразвуковую картину, отличаясь лишь по некоторым параметрам. Поэтому становится важным использование комплекса современных ультразвуковых методик для повышения точности дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы.

Цель исследования. Изучить возможности комплекса современных технологий УЗИ и малоинвазивных вмешательств под контролем УЗИ в дифференциальной диагностике узловых образований ЩЖ.

Материал и методы. УЗИ производили на аппаратах SonoAce 9900 (фирма Medison Южная Корея) с использованием мультисекторного линейного датчика 7–11 МГц в В-режиме, ЦДК и ЭДК, с использованием импульсно-волнового доплера, тканевой гармоникой, трехмерной реконструкции изображения и выполнения тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем эхографии. Комплексное УЗИ в

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 тонкоигльной 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. ЖУМБАЕВ, 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 гастрэктомии перенесли – 3 больных, субтотальную резекцию желудка – 43 больных, передний гастроэнтероанастомоз с брануновским соустьем – 32 больных, одному больному наложена гастростома и у 9 больных операция была ограничена пробной лапаротомией.