

Выводы. Анализируя итоги проведенного исследования, создается впечатление, что прижизненный контроль за накоплением и хранением мочи, не очень беспокоит кору головного мозга. Это, по всей видимости, прерогатива низлежащих отделов центральной нервной системы, не охваченных в настоящем ПЭТ исследовании. Однако акт опорожнения мочевого пузыря, требующий значительных управленческих решений, сопровождается активацией коры всего головного мозга. При этом ведущая роль в принятии решения на опорожнение мочевого пузыря принадлежит передним его отделам.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ

*Н.М. Федоров, Д.Д. Нохрин, А.Х. Сабилов,
А.А. Гайсина, А.Д. Нохрин*

Тюменская ГМА, г. Тюмень
Тюменский ООД, г. Тюмень

Ультразвуковое сканирование (УЗИ, эхография, сонография) является одним из основных методов диагностики новообразований. Внедрение современных технологий: использование мультимодальных и эндоскопических датчиков, трехмерного изображения, соноэластографии, цветной доплерографии и контрастных препаратов позволяет получить объективную информацию о наличии опухоли в органах и тканях, определить степень ее распространенности. Эхография дает возможность провести прицельную пункционную биопсию и предоперационную маркировку непальпируемых образований, осуществить в динамике наблюдение за изменениями размеров опухолей при химио- и/или лучевой терапии. Высокая информативность и безвредность метода, а также отсутствие противопоказаний и относительная простота проведения способствуют широкому применению данного метода в клинической практике [1-5].

С 2010 по 2012 гг. в отделении ультразвуковой и функциональной диагностики Тюменского областного онкологического диспансера обследовано 50351 больной в возрасте от 10 до 80 лет. Выполнено 160330 ультразвуковых исследований. На долю исследований органов брюшной полости и забрюшинного пространства пришлось 19 %, мягких тканей и лимфоузлов – 15,5%, женских органов – 10,7% и мочевыводящих путей – 10,2 %. Информативность эхографии определялась путем сопоставления

данных УЗИ с операционными находками, результатами эндоскопического, морфологического и других методов исследования.

Из 50351 обследованных злокачественные опухоли (ЗО) выявлены или подтверждены у 10424 (20,7%) человек, предраковые заболевания – у 22154 (44,0%) и неопухолевые заболевания выявлены у 17773 (35,3%) человек.

За последние 3 года под контролем УЗИ выполнено 365 интервенционных вмешательств. Прицельные тонкоигольные пункционные и трепанобиопсии образований молочной железы выполнены у 233 (63,8%), предстательной железы – 78 (21,4%), почек – 16 (4,4%), печени – 15 (4,1%), щитовидной железы – 13 (3,6%) и лимфоузлов у 10 (2,7%) человек.

Интервенционные вмешательства под ультразвуковой навигацией проведены у 32 больных: чрескожное установление нефростомы у 29 пациентов и радиочастотная абляция опухоли почки у 3 человек.

Эхографические признаки злокачественных новообразований (ЗН) разнообразны и определяются локализацией в тех или иных органах или тканях, распространенностью (размеры, прорастание в окружающие ткани, наличие метастазов), а также формой роста опухоли.

При злокачественных опухолях паренхиматозных органов мы выделяем следующие разновидности эхографических вариантов изображения в зависимости от формы роста: узловую (одиночную или множественные узлы), полостную, диффузную, внутрипротоковую и рак из кисты.

Для ультразвуковой характеристики новообразований полых органов мы использовали следующую классификацию: узловатая с внутри- или внеорганным ростом, инфильтративная и смешанная.

Для оценки выявленных при эхографии очаговых образований применяли следующие параметры: количество, локализация, размеры, форма, контуры, эхогенность, структура и характер кровоснабжения опухолей. Кроме того, также оценивались наличие ободка по периферии, дорсального изменения звука, кальцинатов, прорастания в капсулу или стенку органа и инфильтрация окружающих тканей.

Наиболее частыми ультразвуковыми признаками доброкачественных опухолей являлись четкие и ровные контуры образований, округлая или овальная форма, однородность эхоструктуры, наличие ободка отграничения, а так же дистального псевдоусиления или двухсторонних

боковых акустических теней. Данные признаки встречались у 95,7% обследованных больных.

Злокачественные опухоли эхоскопически характеризовались нечеткими и неровными контурами, звездчатой или полициклической формой, неоднородной эхоструктурой, наличием дорсальной акустической тени (сплошной или односторонней боковой), признаками прорастания капсулы или стенки органа. Характерным признаком злокачественных новообразований паренхиматозных органов являлась пониженная эхогенность опухолевых узлов. По нашим данным, она отмечена у 94,2% обследуемых больных с данной патологией.

Важным критерием оценки распространенности злокачественной опухоли является выявление метастатического поражения лимфатических узлов, паренхиматозных органов и серозных оболочек (имплантационные метастазы в плевру и брюшину). Данная патология выявлена у 3726 (36,4%) от числа обследованных больных со злокачественными новообразованиями.

Метастазы ЗН в лимфатические узлы эхоскопически характеризовались увеличением размеров, округлой формой, пониженной эхогенностью и относительно однородной эхоструктурой. Ультразвуковая картина метастатического поражения паренхиматозных органов многообразна. В своей работе мы использовали классификацию, предложенную А.Г. Весниным и С.И. Филимоновым (1988). Наиболее часто – у 58% из числа обследованных нами больных с метастазами ЗО, определялись образования пониженной эхогенности и неоднородной структуры.

Метастатическое поражение серозных оболочек при УЗИ характеризовалось в 91,3% наблюдений эхоскопическими признаками наличия жидкости в плевральной и брюшной полостях. Чувствительность эхографии у больных с метастазами ЗО составила 90,2%, специфичность – 81,3%.

Считаем, что приведенные нами данные свидетельствуют о том, что ультразвуковое сканирование является важнейшим методом диагностики новообразований.

Литература:

1. Заболотская Н.В., Заболотский В.С. Новые технологии в ультразвуковой маммографии. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – М.: ООО «Фирма СТРОМ», 2010. – 256 с., ил.
2. Королев В.Н., Кинзерский А.Ю., Суровцев И.Ю., Кулаев К.И. Возможности эндоскопического ультразвукового исследования в онкологии на современном этапе //

Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 2. – С. 46-48.

3. Мак Нелли Юдж. Ультразвуковые исследования костно-мышечной системы: Практическое руководство / Пер. с англ. А.Н. Хитровой под ред. Г.И. Назаренко, И.Б. Героевой. – М.: Издательский дом Видар-М, 2007. – 400 с.
4. Столярова И.В., Минько Б.А., Ярошук А.А., Гладков С.Ю. Современные возможности ультразвуковых методов в диагностике рака эндометрия // Тюменский медицинский. – 2011. – № 3-4. – С. 30-31.
5. Федоров Н.М., Нохрин Д.Д., Нохрин Д.А., Гайсина А.А. Роль ультразвукового исследования в распознавании рака молочной железы // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 35-36.

ЛЕЧЕНИЕ

СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*О.В. Васьковская, Н.А. Шаназаров,
А.К. Дигай, Р.И. Асабаева*

РНЦ неотложной медицинской помощи, Казахстан
РДЦ, ООД, г.Шымкент, Казахстан

В структуре организации медицинской помощи в Республике Казахстан онкологическая помощь оказывается в специализированных учреждениях, многопрофильные клиники в своем составе не имеют онкологических отделений. Поступившие в многопрофильные клиники в экстренном порядке пациенты с онкологической патологией получают медицинскую помощь в ограниченном объеме [7]. Кровотечение из половых путей различной интенсивности и продолжительности – одна из наиболее частых причин госпитализации в акушерско-гинекологическую клинику [3, 5]. По данным различных авторов до 50% случаев причинами межменструальных кровотечений, кровотечений после полового акта, кровотечений или кровянистых выделений из влагалища после менопаузы является рак женских репродуктивных органов [4, 13]. Механизм кровотечений при запущенных формах рака женских репродуктивных органов – разъедание стенки сосуда опухолью (haemorrhagia per diabrosis) или аррозивное кровотечение, особенно при ее распаде [14]. При клинически выраженном процессе кровотечения имеет место