

## РОЛЬ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПОПУЛЯЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОФ «ВМЕСТЕ ПРОТИВ РАКА» И ГОРОДСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

*Кунирова Г.Ж., Кайдарова Д.Р., Шатковская О.В.*

*Общественный фонд «Вместе против рака»*

*Городской онкологический диспансер г. Алматы*

По статистике ВОЗ, рак по всему миру убивает больше людей, чем СПИД, малярия и туберкулез вместе взятые. По прогнозам ожидается еще более значительный рост смертности: без кардинального улучшения ситуации к 2030 году уже не 7,5 миллионов, 17 миллионов человек будет принесено в жертву этому заболеванию по всему миру. Эта проблема требует принятия кардинальных решений. В сентябре 2011 года состоялся международный Саммит ООН, одна из тем которого, касалась проблемы неинфекционных заболеваний (к ним относятся и онкологическая патология).

По словам Эдуарда Казапа (Eduardo Casar) Президента UICC – Международного союза по борьбе с раком: «Саммит ООН по неинфекционным болезням, представляет собой историческую возможность правительствам разных стран, принять обязательства в отношении осуществления программ, которые позволят предотвратить страдания и смерть миллионов людей от рака и других хронических болезней. Бремя неинфекционных болезней катастрофически растет, особенно в развивающихся странах, на которые приходится почти 80% случаев смерти. К сожалению, изменяющийся образ жизни, включая снижение физической активности, злоупотребление вредными привычками и т.д., отражается на здоровье людей, что, в свою очередь, делает их более уязвимыми перед такими болезнями, как рак».

Казахстан является активным участником в борьбе за здоровье людей без угрозы смерти от онкологических заболеваний. Министерством здравоохранения РК подготовлен и принят ряд важных нормативных документов для онкологической службы. Утверждено «Положение о деятельности организаций, оказывающих онкологическую помощь населению», в стадии доработки «Программа совершенствования онкологической службы до 2015 года», включая развитие ядерной медицины, вносятся изменения в систему финансирования онкослужбы и др. Для достижения поставленных целей перед онкологической службой поставлены задачи: поэтапное совершенствование системы оказания первичной и специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи; усиление роли первичного звена для раннего выявления злокачественных новообразований и повышение профессионализма медицинских работников.

Решение онкологических проблем должно проводиться в совместном партнерстве между государством и обществом, что отражено в Послании Президента страны народу Казахстана «Построим будущее вместе» от 28 января 2011 года и приоритетом Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. Цель партнерства – разработка концепции работы для определения и распространения информации, возможностей и опыта для предупреждения и контроля рака. Партнерство также направлено на привлечение широкого круга заинтересованных сторон, в частности неправительственных организаций, бизнеса, исследователей, групп пациентов, государственных структур и отраслевых руководителей, по всему Казахстану в совместном стремлении действовать против распространения онкологических заболеваний. Национальная программа борьбы против рака может помочь лицам, определяющим политику, и руководителям этой программы использовать имеющиеся ресурсы с максимальной эффективностью на благо всего населения за счет взвешенного подхода к проведению мероприятий, разработанных на основе фактических данных.

Профилактика представляет собой наиболее целесообразную с экономической точки зрения долгосрочную стратегию борьбы против рака. Профилактические мероприятия эффективны вдвойне, поскольку они также способствуют профилактике других хронических болезней, развитие которых обусловлено теми же факторами риска. По имеющимся оценкам, примерно 43% случаев смерти от рака связаны с употреблением табака, нездоровым рационом питания, потреблением алкоголя, малоподвижным образом жизни и инфекциями.

С целью выявления онкологических заболеваний на ранних стадиях, в Казахстане приняты глобальные скрининговые программы – по раку шейки матки, раку молочной железы и раку толстого кишечника. Эти программы проводятся по всей стране и в том числе в г. Алматы. К сожалению, чтобы оказать существенное влияние на онкологическую ситуацию в стране, указанные выше мероприятия должны проводиться в течение нескольких лет, причем, уровень информированности населения, о необходимости проходить профилактические осмотры, должен быть максимально высоким.

Привлечение внимания общественности к вопросам профилактики рака и онкологии в целом, является основной задачей неправительственных общественных организаций. ОФ «Вместе против рака» — это некоммерческая, неправительственная благотворительная организация, призванная поддерживать все формы борьбы против рака, своей деятельностью эта организация оказывает содействие повышению эффективности работы онкологической службы в Казахстане, включая: успешную профилактику, раннюю диагностику, качественное лечение, доступную паллиативную помощь

ОФ «Вместе против рака» работает в тесном сотрудничестве с Городским онкологическим диспансером г. Алматы с 2008 года. Проведен целый ряд мероприятий:

2008 год - в рамках широкомасштабной акции «Казахстан – Эра Милосердия», под патронажем Фонда Первого Президента РК, Народно-демократической партии «Нур Отан» был собран круглый стол, в ходе которого впервые обсуждались все проблемы и аспекты помощи больным онкологическими заболеваниями. Участниками круглого стола стали общественные деятели, представители Министерства здравоохранения, врачи-онкологи Казахстана и ведущие онкологи г. Санкт-Петербурга, Россия. В первую очередь, обсуждалась численность и своевременность диагностики онкозаболеваний в Республике Казахстан. В тот же день был проведен благотворительный бал, сборы от которого составили 102 тысяч Евро. Целевое назначение средств, согласно целям и задачам Фонда – приобретение современного оборудования и обучение врачей.

2009 год - на средства Фонда было приобретено современное диагностическое оборудование для определения опухолевых маркеров и иммунного статуса больных – ИФА (иммуноферментный анализатор); , а также функциональные кровати для отделения реанимации; компьютеры, вытяжные шкафы для лаборатории, все это оборудование установлено в Городском онкологическом диспансере г. Алматы. Создан сайт Общественного Фонда «Вместе против рака» для пациентов и врачей [www.oncology.kz](http://www.oncology.kz).

2010 год - Проведена серия мероприятий по профилактике рака среди населения: выпуск буклетов, листовок аудио- и видеоклипов, направленных на повышение знаний граждан о проблеме рака, факторах риска и методах самообследо-

вания и профилактики. Произведена организация выездов онкологов Городского онкологического диспансера г. Алматы на предприятия города, для проведения профилактических осмотров. Осуществлено сотрудничество с авторитетными международными организациями – ESMO (Европейская ассоциация онкологов) и ASCO (Американская ассоциация онкологов). Организованы несколько конференций: «Рак шейки матки - скрытая угроза обществу», «Проблемы ранней диагностики рака легкого». Практическим продолжением всех мероприятий явились тренинги и лекции (более 15) для специалистов Алматы и Алматинской области, а так же «дни открытых дверей» с участием врачей онкологов.

2011 год- 4 февраля проведена пресс-конференция, посвященная Всемирному дню борьбы против рака, с участием видных политических деятелей г. Алматы и Казахстана, спортсменов, артистов, врачей. Цель мероприятия – объединенными усилиями самых разных представителей казахстанского общества в очередной раз привлечь внимание населения к проблеме роста онкологической заболеваемости и призвать к посещению регулярных осмотров с целью профилактики

раковых болезней. На конференции были отмечены преимущества здорового образа жизни и отказа от табакокурения, а также важность психологического и духовного здоровья. В тот же день в ТРЦ «Мега-Алма-Ата» прошла акция по сбору подписей под всемирной противораковой декларацией и информированию населения о том, какие простые меры должен предпринимать каждый человек, чтобы защитить себя и своих близких от рака. Данное мероприятие высоко оценено UICC – Международным союзом по борьбе с раком – и удостоено бронзовой медали, предназначенной для членов организации. В сентябре 2011 года принято участие в «Марше Эйвон против рака груди», с организацией мобильной бригады маммологов с аппаратом УЗИ, а так же проведен круглый стол, с участием урологов г. Алматы, по проблемам диагностики рака предстательной железы.

На сегодняшний день работа ОФ «Вместе против рака» продолжается. Такие общественные организации являются важным социальным явлением, неотъемлемой частью стабильного и здорового общества, которое может решить многие проблемы, связанные с онкологическими заболеваниями.

## СИСТЕМНАЯ РАДИОНУКЛИДНАЯ ТЕРАПИЯ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ САМАРИЕМ-153 ОКСАБИФОРМ: ПРИНЦИП, ПОКАЗАНИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

*Расулова Н.В., Арыбжанов Д.Т.*

*Республиканский Специализированный Центр Хирургии им. акад. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан. Южно – Казахстанский областной онкологический диспансер, Шымкент, Казахстан.*

Метастатические поражения костей скелета, распространенная клиническая проблема в онкологии. У 60-90% онкологических больных на поздней стадии заболевания развиваются костные метастазы. Метастатический процесс в костях в большинстве случаев имеет множественный характер, что ограничивает возможность выполнения хирургического лечения или дистанционной лучевой терапии. В этих случаях целесообразно использовать радиотерапевтические остеотропные препараты.

Принцип: Остеотропные радиотерапевтические препараты, при внутривенном введении накапливаются в остеобластических или смешанных формах костных метастазах и одновременно облучают все очаги поражения. Радионуклид Sm-153 имеет период полураспада 46,2 часа, излучает бета-частицы с энергией 203,229 и 268 кэВ с выходами 35,43 и 21% соответственно, что достаточно для локального лучевого воздействия на очаги поражения, и гамма-кванты с энергиями 69,7 и 103 кэВ и выходами 5,4 и 28% соответственно. Соответствующее гамма-излучение дает возможность регистрировать накопление и распределение препарата с помощью гамма-камеры, а низкая энергия бета-частиц самария-153 приводит к значительному уменьшению нежелательной дозовой нагрузки на костный мозг. Отмечено, что при радионуклидной терапии не только снижается болевой синдром, но также отмечается снижение количества и интенсивности метастатических очагов.

Показания: Множественные метастазы в кости скелета (подтвержденные при сканировании костей скелета), болевой синдром.

Подготовка больного: Для выявления показаний и противопоказаний, а также определения приоритета терапии при позитивном сканировании костей скелета: 1.Общий расширенный анализ крови: с обязательным определением: гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, лимфоцитов, СОЭ; 2. Биохимический анализ крови с обязательным определением: АЛТ, АСТ, креатинина, мочевины, билирубина общего, билирубина прямого, ЛДГ, щелочной фосфотазы, кальция. Данные анализы должны быть определены до лечения, через 2 недели и 3 месяца от начала лечения. 3. При подозрении на угрозу или наличие патологического перелома позвоночника – МСКТ, в случае подтверждения диагноза – необходимо провести перкутанную вертебропластику, и после этого можно проводить

лечение Самарием-153 оксабиформом.

Противопоказания: абсолютное - беременность, лактация, относительные: почечная и/или печеночная недостаточность, тромбоцитопения (ниже 100 тыс./мкл), лейкопения (ниже 2 тыс./мкл), снижение уровня гемоглобина – ниже 90 гр/л, угнетение костномозгового кроветворения, предварительная массивная миелосупрессивная терапия, угроза компрессионного перелома позвоночника.

Возможные побочные действия: в течение первых 3 сут - тошнота (проходит самостоятельно или при приеме 1-2 таблеток метоклопрамида); в течение первых 2 нед - усиление болей за счет лучевой реакции тканей в очагах поражения (могут быть купированы приемом метамизола натрия или НПВП). Транзиторная миелосупрессия в течение 6-8 недель после введения Самария-153 оксабифора.

Сочетание с другой терапией: хорошо сочетается с бисфосфонатами, гормонотерапией, локальной лучевой терапией (8 грэй), биотерапией и таргетной терапией. Не рекомендуется проводить химиотерапию в течение 6-8 недель после радионуклидной терапии, а также начинать радионуклидную терапию раньше чем через 4 недели после проведенной химиотерапии. В случае, если необходимо проводить миелосупрессивную терапию после Самария-153 оксабифора раньше чем через 6-8 недель, такая терапия должна проводиться под строгим контролем и коррекцией гематологических показателей крови.

Мы имеем опыт лечения 185 больных с распространенными метастазами в кости скелета, из них 98 с раком молочной железы, 30 с раком простаты, рак легкого у 40, рак почки у 15 больных, у одного рак желудка и одна больная с меланомой. У всех пациентов после комбинированного лечения основного очага (операция + химиотерапия и-, или лучевая терапия на первичном очаге) от 1 года до 7 лет отмечены метастазы в костях подтвержденные путем МРТ, КТ и скинтиграфии. Все больные получили системную радиотерапию Самарием-153 в сочетании с бисфосфонатами (Зомеиа, Бонифос, Болдронат), часть больных получили химиотерапию и локальную лучевую терапию по показаниям. У 45% больных отмечена частичная регрессия или стабилизация костных метастазов, у 30% значительная регрессия, у 25% больных полная регрессия костных метастазов.

Считаем, что на сегодняшнем современном этапе терапии

больных с различными ЗНО с метастазами в кости применением системной радиотерапии Самарием-153 в сочетании с бисфосфонатами и химио-лучевой терапией является эффективным методом лечения этой сложной категории больных,

которая увеличивает выживаемость и качество жизни больных. Однако подход к лечению костных метастазов должен быть мультидисциплинарным и комплексным с обязательным участием, как врачей радиологов, так и онкологов.

## СЛУЧАЙ ЭНДОМЕТРИОЗА ЛЕГКИХ, ИМИТИРУЮЩИЙ МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ

*Махметов Б.Б., Кравчук В.А., Черняков С.С.*

*КГКП «Павлодарский областной онкологический диспансер»*

Эндометриоз легких встречается крайне редко, в литературе единичные упоминания о случаях поражения легких. Упоминаемые в литературе симптомы и синдромы в нашем случае места не имели.

Пациентка Ж. 1967г.р. находилась в торакальном отделении ПООД с диагнозом: Экстрагенитальный эндометриоз с поражением ткани обоих лёгких. Артериальная гипертензия II, риск IV. НК I. Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести.

Из анамнеза: выявлена при проф. осмотре, когда на ФГ ОГК выявлено образование в левом лёгком. Консультирована в ОПТД.: Киста? Заболевания левого лёгкого?. КТ ОГК: Признаки mts-поражения обоих лёгких, незначительного двустороннего плеврита. На предмет выявления первичного очага в ПООД проведено: осмотр онкогинеколога: Эндометриоз шейки матки. Киста левого яичника? УЗИ ОБП: Признаки жирового гепатоза, хронический бескаменный холецистит, хронический панкреатит, признаков плеврита нет. ФГДС: Хронический гастрит с гипотрофией слизистой, дуоденогастральный рефлюкс, обострение. Решением ЛКК направлена на ПЭТ. ПЭТ: ПЭТ-КТ картина выявила множественные округлые образования лёгких. RRS: Полип верхне- и нижеампулярного отделов прямой кишки, хронический наружный геморрой. Гистологическое заключение №12744 от 16.08.11г.: аденоматозный полип толстой кишки. Решением ЛКК направлена на диагностическую операцию. Прошла догоспитальное обследование: Консультация ЛОР: Хронический гайморит справа, вне обострения. Спирография: Нарушение функции внешнего дыхания по обструктивному

типу I степени. Консультация терапевта – Артериальная гипертензия II, риск IV. НК I. Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести. Абсолютных противопоказаний к операции нет.

В 2003г. оперирована по поводу миомы матки, в 2007г. по поводу Грыжи позвоночника.

При поступлении общее состояние относительно удовлетворительное. Жалобы на умеренные боли между лопаток, иррадиирующие в левую руку. Физикально патологии не выявлено.

В плановом порядке произведена операция: Торакотомия слева, прецизионная резекция левого лёгкого. Гистологическое заключение: экстрагенитальный эндометриоз с поражением ткани лёгкого (Описание макропрепарата: 2 фрагмента ткани лёгкого с серыми плотными образованиями размером 1x1 см и 0,8x 0,5 см. На разрезе полости диаметром до 0,3 см. Микроскопическое описание: операционный материал представлен фрагментами ткани лёгкого с участками рыхлой волокнистой соединительной ткани. Среди соединительной ткани расположены множественные железы преимущественно округлой формы. Просвет большинства желёз кистозно расширен. Однорядный цилиндрический эпителий желёз без признаков атипии).

В нашем наблюдении было не типичное течение процесса, имитирующее метастатическое поражение легких. Проведенное обследование даже такое тщательное установить диагноз не позволило, только диагностическая торакотомия разрешила ситуацию.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМИОЗА

*Анфиногенова А.Г.*

*ГККП Лечебно-диагностический центр, Алматы, Казахстан*

В диагностике эндометриоза как заболевания всего организма значение имеет информация, получаемая как общеклиническими методами обследования (нарушения самочувствия, их длительность, периодичность, цикличность, конкретная симптоматика, связанная с поражением того или иного органа как внутри малого таза, так и в других локализациях), так и специальными гинекологическими обследованиями, инструментальными, лабораторными и гистологическими методами.

Жалобы на диспареунию предъявляют 26-70% пациенток, страдающих генитальным эндометриозом, бесплодие-46-50%, анемия-70-80%. Признаками внутреннего эндометриоза являются: маточное кровотечение, дисменорея и изменения размеров матки. В настоящее время также признается, что одним из основных симптомов аденомиоза является нарушение менструальной функции: полименорея (у 56,1 % больных), скудные кровянистые выделения в пред- и постменструальном периоде у 35,2% больных, длительность менструации, составляющая 10-12 дней. Альгодисменорея более выражена при узловатой форме и встречается у 77,2% больных внутренним эндометриозом.

Одним из наиболее важных методов диагностики эндометриоза несмотря на широкое внедрение в практику сонографии и лапароскопии, является наряду с учетом особенностей клиники бимануальное объективное гинекологическое обследование.

Бимануальное исследование позволяет оценить величину матки, ее консистенцию, форму, характер поверхности, заподозрить наличие опухолевидных образований в области придатков матки, уплотнения в позадишеечной области и болезненность стенок малого таза при исследовании, а также спаечного процесса в малом тазу и обеспечивает ценную диагностическую и дифференциально-диагностическую (особенно от онкологических заболеваний) информацию. При эндометриозе влагалищной части шейки матки при осмотре видны эндометриоидные образования различной величины и формы (от мелко-точечных до кистозных полостей 0,7-0,8 см в диаметре темно-красного цвета). Использование кольпоскопии позволяет уточнить место и форму поражения эндометриозом влагалищной части шейки матки и слизистой оболочки дистального отдела цервикального канала. При локализации эндометриоза в проксимальной части слизистой цервикального канала наиболее ценные данные может дать цервикоскопия, произведенная с помощью фиброгистероскопа.

Одним из наиболее доступных и широко распространенных методов диагностики эндометриоза является ультразвуковой метод исследования. При внутреннем эндометриозе (корпорально-истмической локализации) диагностическая ценность сонографии составляет в зависимости от распространенности процесса 57-93%. При ретроцервикальной локализации эндометриоза точность правильного определения

наличия или отсутствия заболевания равняется 95%. При сочетании качественного и количественного (компьютерного) анализа гистеросальпингограмм точность диагностики узловой формы аденомиоза повышается до 93%.

Рентгенологическая картина при диффузной форме внутреннего эндометриоза характеризуется наличием «законтурных теней» различной длины и формы, которое зависит от локализации эндометриоидных очагов. Длина теней может составлять от 2-4 мм до 1-2 см.

Из других рентгенологических методов наибольшую ценность имеет метод компьютерной томографии, позволяющей точно определить характер патологического процесса, его локализацию, взаимосвязь с соседними органами, а также уточнить анатомическое состояние полости малого таза, в частности при эндометриоидных инфильтратах ретроцервикальной зоны и параметриев (79 и 77% соответственно), диагностика которых другими, в том числе и инвазивными методами затруднена. При внутреннем эндометриозе диагностическая ценность КТ существенно ниже -53% соответственно.

Наиболее информативными из неинвазивных методов является магнитно-резонансная томография, обеспечивающая благодаря высокой разрешающей способности МР-томографа отличную визуализацию органов малого таза и их структуры. Что особенно важно при аденомиозе.

Аденомиоз на Т1-взвешенных изображениях характеризуется изоинтенсивностью с окружающими тканями, однако, при этом четко обнаруживается некоторое количество пятен с высокой интенсивностью сигнала. Поражение с малой интенсивностью сигнала часто бывает изоинтенсивным с полосой низкой интенсивности и выглядит как локальное или диффузное утолщение этой полосы, т.е. поражение распространяется вдоль эндометрия и не деформирует полость матки.

МРТ позволяет правильно диагностировать внутренний эндометриоз и степень его распространения. Магнитно-резонансная томография позволяет правильно диагностировать внутренний эндометриоз и степень его распространения. С помощью МР-томографии выявлены нарушения маточной зональной анатомии. Определены диффузные и узловые формы аденомиоза. Узловая форма аденомиоза выглядит как образование в толще миометрия с сигналом низкой интенсивности без четких границ. Диффузная форма определяется как равномерное или неравномерное с гетерогенной интенсивно-

стью сигнала (зона усиления сигнала переплетается с зонами снижения, окружающие последние) увеличение вплоть до серозной оболочки зоны соединения, что не противоречит данным литературы. Поражение с малой интенсивностью сигнала часто бывает изоинтенсивным с полосой низкой интенсивности без четких границ в толще миометрия. В наших исследованиях степень распространения внутреннего эндометриоза мы определяли по утолщению переходной зоны и гетерогенности интенсивности сигнала последней.

Одним из самых точных методов диагностики эндометриоза в настоящее время считается лапароскопия. При диагностике эндометриоза яичников, например, этот метод обеспечивает точность 96%. При локализации гетеротопий на поверхности брюшины точность лапароскопической диагностики достигает 100%. Лапароскопия обеспечивает при этом возможность определения величины имплантатов, их количество, зрелости (по цвету и форме), активности. Недостатком метода являются трудности диагностики глубины инфильтративных форм гетеротопий, а, например, при внутриматочном эндометриозе его наличие лапароскопически может быть диагностировано только при поражении всей толщи матки с вовлечением серозной оболочки.

Все большее значение в диагностике эндометриоза приобретает определение в крови различных опухолевых маркеров. Наиболее доступным в настоящее время являются определение онкоантигенов СА-15, РЭА и СА-19-9, анализ которых осуществляется относительно несложным и безвредным методом иммуноферментного анализа (ИФА), а также определение РО-теста (универсального диагностического теста на опухолевый рост, основанный на фиксации изменении параметров гемагглютинации, определяемой в реакции иммуно-СОЭ). Установлено, что в сыворотке крови у здоровых лиц концентрации онкомаркеров СА-15, СА-19-9 и РЭА составляют в среднем 8,3, 13,3 и 1,3 нг/мл соответственно.

Однако в некоторых нетипичных случаях, когда все другие данные отрицательны, диагноз эндометриоза устанавливается только на основе гистологического исследования тканей, полученных путем биопсии, например, при лапароскопии или в ходе хирургического удаления очагов.

Продолжение разработок новых органосохраняющих и функционально-щадящих радикальных методов лечения, является одним из их основных направлений современного развития отечественной онкологии.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

*Анфиногенова А.Г.*

*ГККП Лечебно-диагностический центр, Алматы, Казахстан*

Сегодня для диагностики патологии миометрия в арсенале врача имеются все современные методы диагностики. Кроме сбора анамнеза и исследования местного статуса, среди методов инструментальной диагностики патологии миометрия (миомы матки, аденомиоза) широко применяются:

- ультразвуковое сканирование,
- гистероскопия,
- гистеросальпингография,
- компьютерная томография,
- компьютерная томография,
- магнитно-резонансная томография,
- лапароскопия.

Ультразвуковое сканирование представляет наиболее информативный метод диагностики миомы матки. Патогномичными акустическими критериями миомы матки являются:

- увеличение ее размеров (84,5%),
- деформация контуров (66,7%),
- появление в стенках матки (или в ее полости) округлой или овоидной формы структур с меньшим волновым сопротивлением, чем у миометрия (100%).

Трансвагинальная ультразвуковая диагностика миомы матки подбрюшинной локализации не представляет значительных трудностей. Однако ее следует дифференцировать от опухоли придатков матки. Опухоль идентифицируется в виде образования округлой формы с повышенным уровнем звукопроводимости, плотно спаянного с маткой. Подбрюшинные узлы миомы матки на широком основании характеризуются следующими эхографическими признаками: акустическое отражение от поверхности опухоли, обращенной в брюшную полость, отличается повышенной звукопоглощаемостью и, следовательно, визуализируется менее отчетливо по сравнению с маточной поверхностью миоматозного узла. Кроме того, подбрюшинная миома матки осложняет сканирование расположенных за ней структур (яичников, петель кишечника, измененных маточных труб). При сканировании подбрюшинных узлов миомы использование высокочастотного трансвагинального эхоизлучателя с зоной фокусирования лучей в пределах 70-80 мм позволяет достаточно проследить снижение «видимости» изображения на экране ультразвукового прибора от маточной поверхности опухоли к брюшной стенке.

Отличительными особенностями подбрюшинных узлов яв-

ляются отсутствие эффекта «врастания» опухоли в миометрий, который регистрируется при опухолях на широком основании, а также подвижность опухоли по отношению к матке.

Ультразвуковая диагностика подслизистой или межмышечной миомы матки с центрипетальным ростом основывается на выявлении деформированного или смещенного М-эха. Для подслизистых узлов миомы характерно появление внутри расширенной полости матки округлой или овоидной формы образования с ровными контурами и средней эхогенностью. В отличие от полипов эндометрия узлы миомы обладают более высоким уровнем звукопроводимости.

Ультразвуковая диагностика межмышечной миомы матки с центрипетальным ростом основывается на визуализации деформированной полости матки в виде полумесяца с ровными контурами. При этом вблизи вогнутой поверхности маточного эха определяется образование с более низким акустическим импедансом, чем у неизмененного миометрия. В отличие от подслизистой миомы матки при центрипетальном росте опухоли наблюдается деформация М-эха, а патологическое образование идентифицируется на значительном протяжении мышечного слоя матки.

При миоме матки часто наблюдаются изменения микроциркуляции в кровеносных и лимфатических сосудах, отек и т.п. На эхограммах указанные процессы отражаются появлением в зоне локализации опухоли многочисленных «кистозных» структур, разделенных эхопозитивными перегородками. Также наблюдаются: появление внутри опухоли зоны с повышенной эхогенностью и без четких границ, визуализация анэхогенного образования, окруженного каймой с повышенным уровнем звукопроводимости, обнаружение по периферии опухоли феномена акустического усиления.

При пролиферирующих миомах матки на эхограммах визуализируются образования округлой формы с плотной капсулой и неоднородной внутренней структурой: в проекции фрагментов средней эхогенности регистрируются акустические зоны с диаметрально противоположной звукопроводимостью (эхонегативные участки чередуются с элементами плотной ткани). Анализ эхограмм показывает, что соотношение кистозного и плотного компонента этих опухолей варьирует в зависимости от степени выраженности пролиферативных процессов.

Сопоставление результатов ультразвукового сканирования и результатов морфологического исследования удаленных препаратов обнаружило высокую информативность (96,5%) этого метода. В 95,7% ультразвуковое сканирование способствовало выявлению подслизистой и межмышечной миомы матки с центрипетальным ростом, в 92%-узлов миомы с подбрюшинной локализацией.

В последнее десятилетие с целью уточнения характера внутриматочной патологии широко используется метод гистероскопии. Большинство авторов указывает на высокую диагностическую ценность этого метода для выявления подслизистых миоматозных узлов и узлов с центрипетальным ростом. Кроме того, с лечебной целью при помощи гистерорезектоскопии возможно удаление этих образований.

Гистеросальпингографию наиболее часто проводят у больных с подозрением на миому матки с центрипетальным ростом и при миоматозных узлах подслизистой локализации. При миомах с подслизистой локализацией получаются характерные, ясные картины. Полость кажется большого размера, деформированной, с отчетливыми, но неправильными контурами. Внутри полости матки, центре или по краю, отмечается одна или несколько лакунарных картин, округленных, с четкими контурами, разных размеров.

При интерстициальных или субсерозных миомах рентгенологические картины менее убедительны.

Компьютерная томография применяется для дифференциальной диагностики субсерозных узлов миом с опухолями яичников, или для оценки миом больших размеров.

Компьютерно-томографическая картина миомы матки

может быть разнообразной и зависит от таких вторичных изменений, как гиалиновая дегенерация, кальцификация и некроз узлов. Наиболее частым симптомом миомы матки на компьютерном томографе является деформация контуров матки. Специфичный признак миомы – кальцификация, выявляющаяся на компьютерной томограмме в виде точечных участков с плотностью до +800 + 1000 Ед.Н.

Для определения внутренней архитектоники образования осуществляется построение гистограмм. Гистограмма отражает плотностную характеристику исследуемой ткани. Основные параметры, по которым анализируются гистограммы – это ширина основания графика, а также количество и высота пиков. Чем однороднее ткань, тем основание гистограммы уже и выше единственный пик. Если внутренняя структура неоднородная, то основание гистограммы занимает почти всю горизонтальную ось графика.

Миома матки обычно имеет однородную структуру, плотность которой колеблется от +40 до +60 Ед.Н. При отсутствии нарушения питания в узле, гистограмма характеризуется очень узким «основанием» и высоким «пиком» с плотностью около 45 Ед.Н.

Магнитно-резонансная томография позволяет получать изображения в 3-х взаимно-перпендикулярных проекциях – поперечной, фронтальной и в косых проекциях. МРТ хорошо определяет вид миом, количество узлов, их локализацию и вторичные изменения. При наличии лейомиомы на МРТ наиболее частая находка – деформация контуров матки, выраженное отграничение узлов от окружающего миометрия (ясно видна капсула узла). Лейомиома имеет на всех пульсовых отведениях умеренное снижение интенсивности сигнала. В случае кальцификации миома выглядит как образование с равномерно высокой интенсивностью сигнала, четко отграниченная кольцом низкой интенсивности от окружающего миометрия. Сниженная интенсивность сигнала на T2 – пульсовых отведениях, но средняя – на T1-взвешенных изображениях гистологически верифицирована как гиалиноз. Лейомиомы с высоким сигналом интенсивности на всех пульсовых отведениях морфологически похожи на некротическую ткань. Наиболее информативным для выявления лейомиом явились сагиттальные и фронтальные срезы.

Таким образом, МРТ диагностика при сочетанной патологии является высокоинформативным, неинвазивным методом диагностики, дающим четкую визуализацию органов и максимально свободным от субъективизма исследующего и позволяющая нам в 98,4% случаев поставить правильный диагноз.

Лапароскопия весьма эффективна при дифференциальной диагностике опухолей матки и придатков. Во время осмотра при подбрюшинных миоматозных узлах видны матка с гладкой ярко-розовой поверхностью и множественные миоматозные узлы, которые несколько бледнее, чем матка. Данный метод позволяет осуществить консервативную миомэктомию при наличии одного или нескольких субсерозно расположенных узлов, локализация которых позволяет удалить все узлы при лапароскопии. При проведении задней кольпотомии можно извлечь узел миомы до 7-8 см в диаметре. Миоматозные узлы диаметром более 7-8 см невозможно извлечь целиком через кольпотомное отверстие. Для их удаления применяются специальные инструменты – морцелляторы. Эти инструменты предназначены для фрагментации доброкачественной опухоли и удаления ее из брюшной полости по частям.

Таким образом, диагноз миомы матки на сегодняшний день можно поставить после проведения ректовагинального обследования и ультразвукового сканирования, особенно с цветовым доплеровским картированием. В трудных диагностических случаях, таких как субсерозный узел миомы, или миома больших размеров со вторичными изменениями в узле, которые нужно дифференцировать от опухоли яичника, применение компьютерной томографии и лапароскопии позволяют поставить правильный диагноз на дооперационном этапе.