

ность ПЭТ/КТ при дифференцировке злокачественных и доброкачественных новообразований в малом тазу: чувствительность – 83%, специфичность – 78%. С подозрением на поражение яичников чувствительность и специфичность составляет 93 и 80% соответственно. ПЭТ/КТ является точным и эффективным средством диагностики рецидивов рака яичников, когда обычные методы не информативны, особенно у больных с повышенными уровнями СА-125. Чувствительность, специфичность и точность ПЭТ/КТ в диагностике рецидивов рака яичников составляет 80, 100 и 84%, тогда как эти показатели при КТ и МРТ соответственно 55, 100, 64%.

Методом ПЭТ/КТ выявляются рецидивы в 80% случаев при ложноотрицательных данных при обычных методах визуализации. При исследовании обычными методами у пациентов с повышенным уровнем СА-125 рецидивы выявлены в 53% случаев, а при ПЭТ/КТ в 87%.

В сложных клинических ситуациях ПЭТ/КТ позволяет вовремя диагностировать опухолевый процесс, оценить его распространенность и дает возможность принять правильное решение относительно тактики лечения пациентов.

В Тюменском ООД за 3 месяца функционирования ПЭТ/КТ-сканера проведено 27 диагностических исследований пациенткам со злокачественными опухолями женских половых органов. В 9 случаях выполнено ПЭТ/КТ с контрольной целью после комплексного лечения, патологии не выявлено. В трех случаях результаты ПЭТ/КТ отрицательные. В 15 случаях по ПЭТ/КТ выявлено прогрессирование или рецидив опухоли, что подтверждено клиническими, данными гинекологического осмотра, морфологическими (пункционная биопсия опухоли малого таза, надключичных, паховых лимфоузлов), биохимическими (СА125) методами, хирургическими вмешательствами, а также УЗИ, КТ.

Таким образом, ПЭТ/КТ в онкогинекологии является одним из ведущих инструментальных методов диагностики и высокоэффективный метод стадирования, выявления рецидивов и метастазов, оценки эффективности лечения. Применение ПЭТ/КТ позволяет повысить точность комплексной диагностики, оптимизировать тактику обследования и лечения больных. Внедрение ПЭТ/КТ в клиническую практику является непременным условием совершенствования диагностического процесса в онкогинекологии.

ЛЕЧЕНИЕ

ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА ВУЛЬВЫ

*И.Р. Аглуллин, З.М. Тойчиев,
А.В. Панов, И.Р. Сафин*

РОКД МЗ РТ, г. Казань

Высокие результаты радикального хирургического лечения рака вульвы сопровождаются и большим числом послеоперационных осложнений, длительность госпитализации нередко достигает ста и более дней [3, 4]. Обширные раневые дефекты довольно сложно закрыть сшиванием краёв раны, как правило, возникает натяжение тканей с нарушением кровоснабжения, что ведет к нагноению и заживлению вторичным натяжением в течение длительного времени. Заживление вторичным натяжением и дефицит тканей способствуют грубому рубцеванию с развитием отсроченных послеоперационных осложнений [1, 2].

Независимо от объёма удаляемых тканей при раке вульвы должны строго соблюдаться принципы анатомической зональности и футлярности. Анатомическая зона – это участок тканей, образованный органом или его частью, регионарными лимфатическими узлами и другими анатомическими структурами, лежащими на пути распространения опухоли. Для злокачественных опухолей наружных половых органов у женщин понятие анатомическая зона включает:

- 1) вульву или её часть;
- 2) пахово-бедренные лимфатические узлы;
- 3) жировую клетчатку и кожу лобка, предлобковой области, расположенной между вульвой и регионарными лимфатическими узлами.

Внешние границы анатомической зоны определяются местами соединения фасциальных листков или слоями жировой клетчатки. Именно эти границы образуют стенку футляра, за пределами которого следует производить мобилизацию тканей. В зависимости от распространённости опухолевого процесса и основных прогностических факторов заболевания выбирается тот или иной вариант стандартной (типовой) или расширенной операции, которая выполняется с соблюдением принципов анатомической зональности и футлярности.

Вряд ли можно ожидать улучшения ситуации при отсутствии методической литературы по хирургическому лечению больных раком вульвы и центров, где можно было бы приобрести практические навыки. В данной статье постараемся коротко отобразить основные аспекты оперативного лечения больных раком вульвы.

При планировании хирургического лечения больных раком вульвы должны быть решены три основные задачи:

- объём лимфаденэктомии;
- необходимость резекции рядом расположенных анатомических структур;
- возможность пластики раневого дефекта в области вульвы.

Материал и методы.

На базе Республиканского клинического онкологического диспансера г. Казани с 2007 по 2012 год с использованием реконструктивных методик было пролечено 29 пациентка с местно - распространенными первичными и рецидивными формами рака вульвы. Первичных больных – 5, больные с рецидивами рака вульвы – 24. У 15 пациентов рецидив локализовался в области первичной опухоли и в 9 случаях в пахово-бедренной области.

Всем пациентам на дооперационном этапе проводилась ДЛТ на первичный очаг и регионарные лимфоузлы 40 Грей и 55 Грей соответственно. Морфологически встречался плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки. Все пациенты обследованы на предмет распространенности процесса, для исключения диссеминации. Во время операции проводились срочные гистологические исследования границ резекции опухоли.

Пластика послеоперационной раны выполнялась двумя способами: пластика ректо-абдоминальным лоскутом и кожно-мышечным лоскутом с мышц бедра (медиальная группа). Выбор вида лоскута зависел от размеров предполагаемого дефекта. В случаях сочетания иссечения первичной опухоли и ЛАЭ (n=21) чаще использовался ректо - абдоминальный лоскут. Пластика кожно- мышечным лоскутом с бедра, вполне возмещала дефект послеоперационной раны и не требовал аналогичной пластики с контралатеральной стороны.

Дренирование раны длилось от 6 до 15 суток. Особенно это актуально при наличии хронического лимфостаза конечности, на фоне рецидива опухолевого процесса, в зоне лимфатического коллектора. Критериями удаления дренажей являлись – отсутствие отделяемого

или дебит не более 20 мл. Осложнений в виде ишемии трансплантата не наблюдались. Краевая ишемия встречалась в двух случаях, оба раза при пластике кожно-мышечным лоскутом с бедра. После купирования воспаления производилось наложение вторичных швов. У 4 пациенток рецидивная опухоль поражала кожу перианальной зоны и в 1 случае анальный жом. С целью профилактики септических осложнений со стороны раны, выполнялась превентивная разгрузочная сигмостомия. Ликвидация стомы выполнялась после полного заживления раны, не ранее чем через 2 месяца. Снятие швов проводилось на 12-15 сутки.

Выводы:

1. Применение кожно-мышечных трансплантатов с учетом их адекватного кровоснабжения позволяет успешно ликвидировать сложные по площади, локализации и рельефу дефекты, тем самым, увеличивая операбельность больных.

2. Активное дренирование послеоперационных ран позволяет фиксировать кожно - мышечный лоскут к реципиентному ложу, без формирования лифокист.

Литература:

1. Fioretti P. Analisi degli insuccessi della chirurgia radicale nel trattamento del carcinoma invasivo a cellule squamose della vulva / P. Fioretti, A. Gaducci, V. Facchini et al. // Minerva ginecol. – 1988. – Vol. 40 (8). – P. 451-456.
2. Matorras R. Morbimortalidad asociada al tratamiento quirurgico del cancer vulvar. Casuística y revision / R. Matorras, J. Diez, M. Alonso et al. // Clin. Invest. Ginecol. Obstet. – 1991. – Vol. 18 (1). – P. 19-25.
3. Rhodes C.A. The management of squamous cell vulval cancer: A population based retrospective study of 411 cases / C.A. Rhodes, M.I. Shafi // Brit. J. Obstet. Gynaecol. – 1998. – Vol. 105 (2). – P. 200-205.
4. Sivanesaratnam V. Carcinoma of the vulva a Malaysian experience / V. Sivanesaratnam, A. Adlan, T.A. Sinnathuray et al. // Med. J. Malaysia. – 1982. – Vol. 37 (2). – P. 170-174.

ЛЕЧЕБНОЕ АСПИРАЦИОННОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СЕРОЗОЦЕЛЕ ПОД КОНТРОЛЕМУЗИ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ II ТИПА

О.В. Васьковская, А.К. Дига́й, Н.К. Конурбаева, А.К. Криксу́с, Р.И. Асабаева

РНЦ НМП, г. Астана, Казахстан

РДЦ, г. Астана, Казахстан

Медицинский университет, г. Астана, Казахстан