

мости составил 13,4% (Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2010).

В Тюменской области, по данным Тюменского ООД, в 2011 году заболеваемость раком молочной железы составила 68,03 на сто тысяч женского населения, что превышает суммарную заболеваемость опухолями яичников, шейки и тела матки (60,4 на сто тысяч женского населения). К сожалению, в области, по-прежнему, высокими остаются показатели запущенности и смертности от данной патологии. В 2011 году они составили 30,04 и 24,95 на сто тысяч женского населения соответственно. Одногодичная летальность ровнялась 6,64%.

В то же время, по данным международных исследований, при выявлении злокачественного образования молочной железы объемом менее 1,0 см³ (опухоль до 1,0 см в диаметре) 12-летняя выживаемость составляет более 95% (Корженкова Г.П., Блинов Н.Н., 2005; Rosen P.P., 1993). Таким образом, для снижения смертности и улучшения результатов лечения необходимо выявление заболевания на ранних стадиях. Оптимальным для этого является диагностика и лечение на доклиническом этапе. Последнее стало возможным благодаря развитию лучевых методов диагностики. Однако, теперь перед врачами стоят новые тактические проблемы. Одним из самых важных является вопрос морфологической верификации диагноза при непальпируемых образованиях молочной железы.

Открытая хирургическая биопсия, считавшаяся в течение многих лет «золотым стандартом», в случаях непальпируемых очагов поражения, выявленных с помощью маммографии или сонографии, непригодна, т.к. при «слепом» удалении сектора молочной железы наблюдается большой процент ошибок. За последнее десятилетие разработаны эффективные методы чрезкожной биопсии. К таковым относится прицельная тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ПТАПБ) под контролем ультразвука.

Мы располагаем шестилетним опытом применения прицельной тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии в диагностике непальпируемых образований молочных желез. Исследование проводилось в первую декаду менструального цикла с использованием ультразвукового аппарата Logiq Book XR. Пункция выполнялась сухим стерильным десятиграммовым шприцем и иглой 0,8 мм. Анестезия не применялась.

Исследование выполнено у 603 пациенток в возрасте от 25 до 65 лет; средний возраст об-

следованных – 47,6 года. Из указанного числа женщин (603), 265 человек (43,9%) находились в репродуктивном возрасте и 338 (56,1%) – в менопаузе.

У 180 (29,9%) пациенток размеры образований составляли от 0,5 до 1,0 см, у 290 (48,1%) – 1,1-1,5 см, и у 133 (22%) – 1,6-2,0 см.

Из 603 выполненных ПТАПБ информативный клеточный материал получен в 91,04% случаев. Рак молочной железы морфологически верифицирован почти у трети обследованных (173 женщины, т.е. 28,7%). У 25,5 % обследованных (154 пациентки) при морфологическом исследовании пунктата была выявлена пролиферация протокового эпителия, при этом в 35 случаях наблюдалась атипия последнего. Фиброаденома молочной железы была диагностирована у 14,8% обследованных женщин (89 человек), папиллярная цистаденома – у 11,8% (60 пациенток). У остальных 54 человек (8,9%) цитологический диагноз трактовался как киста, галактоцеле или липома.

Из 603 пациенток, вошедших в исследование, хирургическое лечение было выполнено у 496 (83,2%). Гистологическое исследование удаленного препарата в 476 случаях из 496 (96%) оказалось аналогичным с данными цитологического исследования материала, полученного при ПТАПБ.

Таким образом, прицельная тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия под ультразвуковым наведением, будучи в исполнении простой и малозатратной, является высокоинформативным диагностическим методом, позволяющим морфологически верифицировать заболевания молочной железы на этапе непальпируемой опухоли.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЭТ/КТ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Н.Н. Яскевич, Д.Н. Лапин

Тюменский ООД

В онкогинекологии проблема диагностики и лечения новообразований яичника является одной из самых трудных. У большинства больных злокачественными опухолями яичника заболевание выявляется на поздних стадиях, а результаты их лечения остаются неутешительными. Несмотря на высокую чувствительность многих современных методов диагностики, их

специфичность значительно уступает в отношении дифференциации доброкачественного и злокачественного процессов в яичниках. Среди злокачественных опухолей женских половых органов рак яичника занимает третье место после рака тела матки и шейки матки, но находится на первом месте по показателям смертности среди всех гинекологических опухолей.

Рак яичников отличается, как правило, неудовлетворительными результатами лечения, что обусловлено бессимптомным течением заболевания и, как следствие, поздней диагностикой. Для рака яичников характерны быстрый рост с последующим прорастанием в соседние органы, диссеминация по органам малого таза и брюшной полости, обширное лимфогенное и гематогенное метастазирование. Вероятность рецидивирования опухолевого процесса при 3-4 стадии достигает 96% случаев в сроки от 6 месяцев до 2 лет после окончания первичного лечения.

Для диагностики рака яичников применяются УЗИ, КТ и МРТ. Они позволяют высказаться о размере образования, его сообщении с соседними органами, а также распространенности опухолевого процесса. Диагностическая ценность этих методов составляет от 70 до 89%.

В последние десятилетия отмечается значительный рост заболеваемости РТМ, которое занимает первое место в структуре злокачественных новообразований женских половых органов. Диагноз рака тела матки обычно устанавливается путем морфологического исследования материала из полости матки и цервикального канала, полученного путем аспирации или раздельного диагностического выскабливания.

В настоящее время к основным методам лучевой визуализации относятся УЗИ, КТ и МРТ. УЗИ с использованием внутривлагалищных датчиков является эффективным методом диагностики опухолей матки. Чувствительность УЗИ достигает 70-80%. При этом с помощью эхографии можно визуализировать опухоли диаметром лишь более 1,0 см. КТ широко применяется в диагностике рака тела матки и позволяет высказаться о распространенности опухолевого процесса. Однако КТ является малоэффективной при ранних этапах заболевания.

Благодаря хорошей визуализации эндометрия более информативным методом в диагностике рака матки считается МРТ. Она позволяет выявлять первичный опухолевый очаг уже

на ранних стадиях заболевания. Получение изображений в трех проекциях и высокая тканевая специфичность позволяют четко визуализировать контуры первичной опухоли и ее взаимоотношение с окружающими органами и сосудами, состояние регионарных лимфоузлов. Однако чувствительность метода невысока по сравнению с его специфичностью и диагностической точностью (чувствительность – 68,5%, специфичность – 92,8%, диагностическая точность – 89,2%).

Несмотря на большой арсенал диагностических мероприятий, выполняемых больным с раком тела матки, дифференциальная диагностика и определение стадии заболевания остается актуальной проблемой и требует дальнейшего усовершенствования методов визуализации.

Рак шейки матки по частоте среди злокачественных опухолей женских половых органов занимает второе место. К числу основных факторов, определяющих прогноз больных раком шейки матки, относятся характер и степень распространения опухолевого процесса, а также морфологическое строение опухоли. Диагностика рака шейки матки достаточно проста и основана на данных осмотра, цитологического и гистологического исследования. В то же время оценка распространенности опухолевого процесса, а также распознавание местного рецидива заболевания в большинстве случаев являются далеко не решенной проблемой в онкогинекологии. Лучевая диагностика опухолей шейки матки базируется в основном на данных ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) и магнитно - резонансной томографии (МРТ). С помощью УЗИ удастся определить локализацию опухоли, ее величину, форму, структуру, а также взаимоотношение с другими органами малого таза. Использование внутривлагалищных и внутриматочных датчиков значительно повышает информативность метода.

КТ позволяет визуализировать первичную опухоль только в поздние стадии заболевания, определять ее инфильтрацию в соседние органы, а также выявлять отдаленные метастазы. Однако на ранних этапах заболевания КТ является относительно малоинформативным методом диагностики.

Информативным методом диагностики рака шейки матки является МРТ, которая позволяет определять не только злокачественную опухоль, но и визуализировать регионарные и отдаленные метастазы.

Основными недостатками всех вышеперечисленных лучевых методов являются сложность дифференциальной диагностики выявленных объемных образований, а также оценка истинных размеров образования, особенно в посттерапевтическом периоде.

Диагностика с использованием вышеназванных методов недостаточно эффективна вследствие того, что МРТ и КТ позволяют судить о поражении лимфоузлов только при увеличении их размеров, и, как следствие, метастазы менее 1-2 см в диаметре остаются недиагностированными.

Следует отметить, что используемые в настоящее время методы диагностики злокачественных новообразований органов малого таза базируются в основном на выявлении морфологических изменений, которые возникают, как правило, в более поздние сроки заболевания, что делает диагностику недостаточно эффективной. В то же время известно, что морфологическим изменениям предшествуют биохимические нарушения, выявление которых стало возможно с появлением нового поколения радиодиагностической техники и новых радиофармацевтических препаратов (РФП).

Особое место занимает новый метод лучевой диагностики - позитронная эмиссионная томография совмещенная с компьютерной томографией. (ПЭТ/КТ). В основе диагностики новообразований методом ПЭТ/КТ лежат особенности метаболизма злокачественных клеток. Эта методика дает возможность определять распространенность злокачественного процесса и имеет большое значение в корректном стадировании опухолей, выборе адекватного метода лечения. Проведение ПЭТ/КТ с ¹⁸F-фтордезоксиглюкозой (¹⁸F-ФДГ) с этой целью возможно при любой локализации опухоли.

Следует отметить важную роль ПЭТ/КТ в оценке результатов лучевого, хирургического и химиотерапевтического лечения, особенно в сложных клинических ситуациях: высокий уровень опухолевых маркеров, трудности в дифференциальной диагностике между рубцовой тканью и продолженным ростом, постлучевым некрозом и рецидивом опухоли. Уже через 2-3 недели после окончания курса лечения ПЭТ/КТ дает возможность оценить его эффективность.

Сопоставление значений накопления ¹⁸F-фтордезоксиглюкозы в патологических очагах на различных этапах исследования позволяет не только диагностировать злокачественное новообразование, но и количественно оценить мета-

болические изменения в опухоли, происходящие в процессе терапии. Полученные данные позволяют клиницисту получить полное представление о заболевании, его стадии, а также оценить эффективность и радикальность различных методов лечения.

К настоящему времени в медицине накоплен большой опыт по применению ПЭТ/КТ для диагностики первичных опухолей различных локализаций, определения распространенности метастатического поражения и оценки эффективности проводимого лечения.

Показатели эффективности применения ПЭТ/КТ в клинической практике являются: чувствительность, специфичность и точность.

- Чувствительность (частота истинно положительного результата) – это соотношение числа обследованных с положительным результатом к числу всех обследованных больных.

- Специфичность (частота истинно отрицательного результата) – это отношение числа обследованных с отрицательным результатом к числу всех обследованных здоровых лиц.

- Точность – это доля правильных результатов (сумма истинно положительных и истинно отрицательных результатов) в общем количестве результатов.

Высокая прогностичность отрицательного результата исследования означает, что истинно доброкачественная опухоль при ПЭТ/КТ не накапливает фтордезоксиглюкозу и такой пациент не нуждается в дальнейшем обследовании.

Высокая прогностичность положительного результата означает, что все пациенты с позитивным результатом ПЭТ/КТ – исследования должны проходить дальнейшее обследование в связи с высокой вероятностью злокачественной опухоли.

ПЭТ/КТ позволяет выполнить достоверную дифференциальную диагностику злокачественных опухолей, доброкачественных новообразований и неопухолевых заболеваний, точное определение регионарной и отдаленной распространенности опухолевого процесса, объективную оценку эффективности проводимого лечения, раннее выявление рецидивов.

ПЭТ/КТ дополняет диагностический процесс информацией о физиологических и метаболических расстройствах в очагах поражения, что существенно уточняет характеристику заболевания.

По литературным данным в онкогинекологии показана достаточно высокая эффектив-

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 неременным условием совершенствования диагностического процесса в онкогинекологии.

ЛЕЧЕНИЕ

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

*И.Р. Азлуллин, З.М. Тойчугев,
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 объема 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 распространенности 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.