

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. Дигаи, Н.К. Конурбаева, А.К. Криксул, Р.И. Асабаева

РНЦ НМП, г. Астана, Казахстан

РДЦ, г. Астана, Казахстан

Медицинский университет, г. Астана, Казахстан

Гистерэктомия II типа является довольно травматичным оперативным вмешательством, при котором помимо матки с придатками из забрюшинных пространств малого таза удаляется клетчатка с заключенными в ней лимфатическими узлами. В результате этой операции образуется обширная раневая поверхность и в забрюшинных пространствах малого таза скапливается в большом количестве раневой экссудат (Бохман Я.В., 1989). Последствия же этих осложнений угрожают здоровью, и даже жизни больных – слоновость нижних конечностей в результате лимфатических кист, формирование абсцесса забрюшинного пространства с возможностью прорыва его в брюшную полость и развития перитонита, возникновение аррозийного кровотечения из магистральных сосудов малого таза (Кузнецов В.В., 2004). В этом случае помощь может оказать пункция образования под контролем эхографии.

Цель работы: внедрение в практику методов пункции жидкостных образований органов малого таза у женщин под контролем эхографии.

Материалы и методы исследования. Работа выполнялась на базе отделения экстренной гинекологии Республиканского НЦ неотложной медицинской помощи г. Астаны. С целью аспирационного дренирования послеоперационных серозоцеле под эхографическим контролем у 8 больных использовался ультразвуковой сканер Site-Rite 5 (производства BARD Access, США) с линейным мультислотным датчиком 5-11 МГц, оснащенный направляющей пункционной иглой.

Результаты и их обсуждение:

Во всех 8 случаях серозоцеле являлось следствием оперативного вмешательства – операции гистерэктомии II типа. В результате этой операции образуется обширная раневая поверхность и в забрюшинных пространствах малого таза скапливается в большом количестве раневой экссудат.

В нашей практике аспирационное дренирование выполнялось чрезвычайно по динамической методике: на операционное поле устанавливался стерильный датчик, и пункция кисты проводилась под ультразвуковым наведением в режиме реального времени. Стерильность датчика в области операционного поля поддерживалась путем одевания на датчик специальных стерильных одноразовых "рукавов" или как альтернативный и более дешевый вариант использования стерильной перчатки.

Выявленные нами эхографические проявления кисты были чрезвычайно вариабельны, размеры образования от 10 до 15 см в диаметре. Основные ультразвуковые признаки – анэхогенное содержимое, тонкие, иногда не определяемые стенки. Наружные контуры образования повторяют форму прилегающих органов.

С целью предупреждения рецидивов различными авторами предлагается введение в полость перитонеальной кисты этанола (Chang M.Y., 1995), повидон-йодина (Jeong J.Y., 2001) или хирургического крахмала в сочетании с физраствором (Tsai C.C., 2002). Нами склерозирующие растворы не использовались. Повторного возникновения кисты не выявлено.

Выводы:

Проведенное лечебное аспирационное дренирование послеоперационных серозоцеле под эхографическим контролем у 8 больных выполнено успешно. Все образования были эвакуированы, осложнений процедуры не выявлено.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ РАДИОАКТИВНОГО ЦЕЗИЯ В ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Т.Б. Григоренко, Е.В. Воробьева, С.А. Степачева, Ю.А. Криванкова, Р.Д. Хуснутдинов

Тюменский ООД

Проблема лечения рака шейки матки (РШМ) для практического здравоохранения России, в том числе Тюменской области, приобретает в последние годы социальное значение. Это обусловлено сохраняющейся тенденцией роста заболеваемости первичным РШМ, высокой частотой рецидивов и неизлеченности, ведущие к летальному исходу больных трудоспособного и детородного возраста после специализированного лечения.

В настоящее время, несмотря на достигнутые успехи в диагностике РШМ, до 40% женщин обращаются за медицинской помощью уже с распространенной III-IV стадией этого заболевания. Особо следует отметить, что в последние годы отмечается увеличение частоты выявления различных форм РШМ у женщин молодого возраста 15-39 лет и занимает 1-е ранговое место, являясь основной причиной смерти в этой возрастной группе.

Единственным методом лечения больных РШМ запущенных форм является лучевая терапия, которая по данным онкологической службы России использовалась у этой катего-