

1-вопрос

ДИАГНОСТИКА РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Диагностика рака толстой кишки после 40 лет должна стать регулярной процедурой, не реже 1 раза в 3 года.

В качестве тестов используют различные лабораторно-клинические методы:

Анализ кала на скрытую кровь

Рентгенологические исследования кишечника (рентгеновский снимок с контрастированием кишечника, рентгеновская компьютерная томография)

Ультразвуковое исследование кишечника, магниторезонансная томография.

Ректороманоскопия и колоноскопия.

Биопсия опухолевидных образований.

Основными онкомаркерами при раке толстой кишки являются СА-19-19 и СА-242. При

диагностике рака толстого кишечника и прямой кишки СА242 также является более чувствительным, чем другие онкомаркеры. При специфичности теста 90% чувствительность составляет 40%, в то время, как чувствительность теста СА19-9 и СА50 составляет 23%.

Практика показала, что серийные определения СА242 позволяли выявить развитие рецидивов колоректального рака за 5-7 месяцев до клинического выявления.

2-вопрос

Диагноз лимфогранулематоза может быть установлен только на основании гистологического

исследования, после биопсии лимфатического органа или узла.

Доказательством наличия лимфогранулематоза является обнаружение клеток Березовского—Рид—Штернберга.

Соответственно Международной морфологической классификации (Raje Classification) различают 4 варианта лимфогранулематоза:

1. Лимфогистиоцитарный вариант (лимфоидное преобладание).
2. Вариант нодулярного склероза.
3. Смешанно-клеточный вариант.
4. Вариант лимфоидного истощения.

Распространенность опухолевого процесса определяется в соответствии с клинической

классификацией, принятой в 1971 г. на конференции по злокачественным лимфомам в американском городе Ann-Arbor.

◆ I стадия — поражение одной лимфатической зоны (I) или локализованное поражение одного экстралимфатического органа или ткани (IE).

◆ II стадия — поражение двух или более лимфатических областей по одну сторону диафрагмы (II) или локализованное поражение одного экстралимфатического органа или ткани и их регионарных лимфатических узлов с/или без других лимфатических областей по ту же сторону диафрагмы (HE).

◆ III стадия — поражение лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы (III), которое может сочетаться с локализованным поражением одного

экстралимфатического органа или ткани (ШЕ), или с поражением селезенки (IIIS), или с поражением того и другого (IIIE+S).

◆ IV стадия — диссеминированное поражение одного или нескольких экстралимфатических органов, с или без поражения лимфатических узлов; или изолированное поражение экстралимфатического органа с поражением отдаленных лимфатических узлов.

Поражение селезенки обозначается символом «S» (стадии IS, IIS, IIIS); символом «E» — локализованное экстранодальное поражение (стадии IE, IIE, IIIE). Символом «B» обозначается наличие одного или более из следующих симптомов: ночные профузные поты, повышение температуры выше 38 °С не менее 3 дней подряд без признаков воспалительного процесса, потеря 10 % веса за последние 6 месяцев; символом «A» — отсутствие вышеуказанных симптомов.

3-вопрос

Органосохраняющие вмешательства – чаще всего это операция лампэктомия, которая заключается в удалении только опухоли молочной железы. После лампэктомии обычно следует курс лучевой терапии на область оставшихся тканей молочной железы.

Мастэктомия – операция, во время которой удаляется вся молочная железа. После этой операции так же проводится некоторый курс лучевой терапии.

При инвазивном раке обе эти операции сочетаются с обязательным удалением подмышечных лимфатических узлов – лимфаденэктомией. Также каждый из указанных хирургических методов может сочетаться и с системной терапией: гормональной или химиотерапией.

Необходимость в системной терапии не зависит от типа хирургического вмешательства, поэтому не стоит считать, что выбрав мастэктомию Вам не понадобится химиотерапия. При начальных стадиях рака сегодня вместо традиционной подмышечной лимфаденэктомии возможно удаление «сигнальных» лимфоузлов.

I. Разработан новый вид оперативного лечения рака молочной железы IIIB стадии – отечно-инфильтративной формы рака молочной железы – радикальная расширенная модифицированная мастэктомия (Патент № 2185105 от 20.07.02).

Данный вид операции разработан и применяется в МНИОИ с 2001 г. При данном виде операции удаляют молочную железу и прилежащую к ней кожу с подкожной клетчаткой на расстоянии около 5 – 10 см снаружи от определяемых краев железы единым блоком с фасцией грудных мышц, клетчаткой и лимфатическими узлами подмышечной, подключичной и подлопаточной областей. Границы разрезов: сверху – II межреберье, медиально – противоположный край грудины, латерально – задняя подмышечная линия, снизу – на 5 см ниже субмаммарной складки.

Основные варианты закрытия дефекта передней грудной стенки после радикальных расширенных модифицированных мастэктомий:

- Перемещенным кожно-жировым лоскут передней брюшной стенки (трапецевидным, эллипсоидным)
- TRAM-лоскутом (Transvers Rectus Abdominis Myocutaneous flap)
- Торако-дорзальным кожно-мышечный лоскутом