

Комплексная сонография в диагностике рецидива рака яичников

Н. С. Сысоева^{1, 2}, С. Э. Красильников²,
Л. А. Коломиец³

¹ ООО «Здоровье», Новосибирск, Россия

² Новосибирский областной онкологический диспансер, Новосибирск, Россия

³ Томский научно-исследовательский институт онкологии, Томск, Россия

Несмотря на применение современных схем химиотерапии различных объемов расширенных оперативных вмешательств у 74,1 % женщин в течение 5 лет после лечения развивается рецидив первичной опухоли рака яичников. Причем в 30–36 % случаев они развиваются в течение первых 2 лет, при этом одногодичная выживаемость составляет 39,4 % случаев. Одним из факторов риска рецидива рака яичников является объем остаточной опухоли при циторедуктивных операциях. Данные литературы о связи возникновения рецидивов рака яичников и объема остаточной опухоли разнообразны. При размере остаточной опухоли более 20 мм рецидив заболевания возникал в 44,4 % случаев, чаще за пределами малого таза. При отсутствии остаточной опухоли или опухоли размером до 20 мм рецидив заболевания возникает в 39,1 % преимущественно в области малого таза в виде единичных образований.

К сожалению, в 30–65 % наблюдений образования малого таза при двуручном влагалищно-абдоминальном обследовании, особенно при размерах менее 50 мм, не диагностируются.

Ультразвуковое исследование занимает одно из ведущих мест в диагностике рецидивных опухолей рака яичников благодаря доступности и неинвазивности метода. Важным преимуществом сонографии является возможность обнаружения непальпируемых образований. К другим методам визуализации, которые могут повысить эффективность диагностики рецидивов рака яичников, относятся магнитно-резонансная томография (МРТ) и компьютерная томография (КТ), но в силу длительности обследования, необходимости использования внутривенного контрастирования при МРТ, а так же, выраженной лучевой нагрузки при КТ данные методы имеют ограниченное применение.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики рецидива рака яичников после комбинированного лечения путем совершенствования методики комплексной сонографии.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты наблюдения за 115 больными с морфологически верифицированным рецидивом серозного рака яичников II–III стадии, проходившие обследование и лечение в Новосибирском областном клиническом онкологическом диспансере за период 2008–2014 гг. (средний возраст больных составил 51 ± 8 лет). Все пациенты получили первичное комбинированное лечение, включающее циторедуктивную операцию и не менее 6 курсов платиносодержащей химиотерапии. У 93 больных лечение начиналось с хирургического вмешательства, у 22 больных с неoadьювантной полихимиотерапии с последующим хирургическим лечением.

Результаты. Выделены 3 формы эхоскопического проявления рецидива рака яичников после комбинированного лечения вне зависимости от объема остаточной опухоли: перитонеальный канцероматоз, образования малого таза и смешанная форма.

1. Срок возникновения рецидива рака яичников после комбинированного лечения зависит от объема остаточной опухоли.

2. Перитонеальный канцероматоз у больных с оптимальной циторедуктивной операцией характеризовался асимптомным течением, безасцитной формой. Особенностью смешанной формы явилась локализация рецидивной опухоли за пределами малого таза и инвазивный характер роста.

3. Ультразвуковым признаком раннего рецидива рака яичников в виде перитонеального канцероматоза как при оптимальных, так и неоптимальных циторедуктивных операциях, было наличие диссеminatов в виде напластований или папиллярных солидных разрастаний гипоехогенной однородной структуры аваскулярные при ЦДК с наличием асцита.

Заключение. Комплексное ультразвуковое исследование при наличии минимального количества асцитической жидкости, включающее стандартное исследование с применением доплерографии и высокочастотного сканирования позволяет выявлять рецидив в виде перитонеального канцероматоза при асимптомном течении рецидива рака яичников.