

Результаты хирургического лечения с применением реконструктивно-пластических операций у больных с фоновыми заболеваниями, предраком и начальными формами рака вульвы

Т. Н. Губайдуллина, А. В. Жаров, Г. В. Сычугов

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Росздрава, Областной клинический онкологический диспансер г. Челябинск

The results of surgical treatment with reconstruction and plastical operations of patients with underlying diseases, precancerous conditions and the primary forms of vulval cancer

T. N. Gubaidullina, A. V. Zharov, G. V. Sychugov

Резюме

Цель работы: улучшить результаты лечения больных с фоновыми заболеваниями, предраком и начальными формами рака вульвы путем хирургического вмешательства с использованием методик реконструктивно-пластической хирургии.

Методология: ретро- и проспективное исследование.

Материал исследования: 116 больных с предопухолевыми заболеваниями и начальными формами рака вульвы, получивших хирургическое лечение. Из них 60 пациенток, которым выполнены операции без применения методик реконструктивно-пластической хирургии (контрольная группа) и 56 больных, которым выполнены пластические операции (исследуемая группа).

Результаты исследования: хирургическое вмешательство с использованием реконструктивно-пластических операций позволило существенно уменьшить число послеоперационных осложнений, снизить количество рецидивов на 42,9% в сравнении с контрольной группой и добиться излеченности процесса у 94,6% пациенток.

Заключение: для повышения эффективности хирургического вмешательства на наружных половых органах рекомендуется использование методик пластической хирургии.

Ключевые слова: вульва, нейродистрофический процесс, реконструктивно-пластические операции.

Summary

Objectives. To improve the results of treatment of patients with underlying diseases, precancerous condition and primary forms of vulval cancer.

Design. Retrospective and prospective studies.

Participants. 116 patients with precancerous diseases and primary forms of vulval cancer had received surgical treatment. Out of these patients 60 had been performed surgical intervention without reconstructive plastical operations (control group) and 56 had undergone plastical operations.

Results. Surgical intervention with reconstruction and plastical operations have significantly reduced the number of postoperative complications, diminished the recurrences to 42.5 % in comparison with the control group and have cured 94.6% of patients.

Conclusions. It is recommended to use methods of plastical surgery to increase the effectiveness of surgical sexual organs.

The key words: vulva, neurodystrophic process, reconstructive and plastical operations.

Фоновые и предраковые заболевания вульвы являются одной из актуальных проблем в гинекологии, онкологии и дерматологии в связи со сложностью их диагностики, лечения и профилактики рака вульвы.

Злокачественная трансформация склеротического лишая по данным зарубежных авторов колеблется в диапазоне от 1 до 32% [1, 2]. Вероятность малигнизации склеротического

лишая в сочетании с лейкоплакией составляет 5-35% [3, 4, 5]. Около 70% рак вульвы развивается без нейродистрофических изменений на фоне лейкоплакии, хронических вульвитов, кондилом и папиллом вульвы [6]. На фоне лейкоплакии вульвы развитие злокачественной опухоли может достигать 43,5% [7]. Сочетание рака вульвы с кондиломами наружных половых органов наблюдается у 3,2-7,7% больных [8, 9].

Изучение вопроса о роли хронической инфекции в развитии злокачественной опухоли наружных половых органов показало, что у

А. В. Жаров — профессор, д. м. н.; Г. В. Сычугов — к. м. н.

больных с раком вульвы присутствует широкий спектр инфекционных агентов: стафилококка, грибов рода *Candida*, кишечной палочки, хламидий, вируса простого герпеса II, в подавляющем числе вируса папилломы человека [10]. У 15-28% женщин с наличием ДНК ВПЧ «высокого риска», при нормальной цитологии в течение 2 лет развивается интраэпителиальная неоплазия [11].

Для лечения предопухолевых заболеваний вульвы используется огромный арсенал лечебных воздействий: от консервативной терапии до инвазивных методов. Ни один из методов лечения не является абсолютным, так как не предотвращает рецидива заболевания и развития рака. Рецидивы интраэпителиальных неоплазий после лазерного воздействия на патологические очаги отмечены у 17- 86% больных [12,13]. После криодеструкции у 63,6% пациентов был выявлен рецидив нейродистрофического процесса [14]. После хирургических методов лечения частота рецидивов составляет: после плоскостной резекции вульвы — 29,2-66,7% [15, 16, 7], после вульвэктомии — от 7,3 до 30% [3, 17].

Следует отметить, что оперативные вмешательства на наружных половых органах являются травматичными с частыми послеоперационными осложнениями и неудовлетворительными косметическими и функциональными результатами [18,19,20, 3, 21, 22, 23, 24].

Цель работы: улучшить результаты лечения больных с фоновыми заболеваниями, предраком и начальными формами рака вульвы путем хирургического вмешательства с использованием методик реконструктивно-пластической хирургии.

Материалы и методы исследования

Материалом ретро- и проспективного исследования явились результаты клинических наблюдений за 116 больными с предопухоловой патологией и начальными формами рака вульвы, получивших хирургическое лечение в гинекологическом отделении Челябинского областного клинического онкологического диспансера за период с февраля 1992 по ноябрь 2005 года.

Показаниями для оперативного лечения явились: длительный анамнез болезни и выраженные клинические проявления заболевания при слабом эффекте от других методов лечения или его отсутствие; рецидивы и прогрессирование заболевания после различных методов лечения; подозрение на малигнизацию; интраэпителиальные неоплазии и начальные формы рака вульвы.

При планировании объема хирургического вмешательства, мы посчитали целесообразным

разделить основные фоновые процессы вульвы на две большие группы:

а) с дистрофическими изменениями тканей вульвы (склеротический лишай, сочетание склеротического лишая с лейкоплакией вульвы);

б) без дистрофических изменений тканей вульвы (очаговая, многоочаговая, диффузная формы лейкоплакии, кондиломы, папилломы, вестибулярный папилломатоз, генитальные бородавки; хронический вульвит).

При формировании вышеперечисленных групп фоновых заболеваний, кроме клинических данных, большое значение имело морфологическое исследование биопсийного материала.

Характер морфологических изменений в тканях вульвы при склерозирующем лихене представлен на рис. 1а, б (см. цв. вкладку).

Характер морфологических изменений в тканях вульвы при лейкоплакии в сочетании со склерозирующим лихеном представлен на рис. 2 а, б (см. цв. вкладку).

Рис. 1 и 2 (см. цв. вкладку) демонстрируют выраженные изменения при дистрофических заболеваниях вульвы не только в эпидермисе, но и дерме. Особенно обращает на себя внимание фрагментация, гомогенизация и полная деструкция коллагеновых, эластических и ретикулиновых волокон в дерме и грубое ее фибрирование.

Характер морфологических изменений при лейкоплакии вульвы представлен на рис. 3 (см. цв. вкладку).

Как видно на рис. 3 (см. цв. вкладку), морфологические изменения при лейкоплакии затрагивают в основном эпидермис, лишь в поверхностных слоях дермы под патологическим очагом имеются лимфоплазмодитарная инфильтрация с умеренным фиброзом.

В нашем исследовании с фоновыми нейродистрофическими процессами лечение в целом получили 61 (52,6%) больная. При фоновых заболеваниях вульвы без дистрофических изменений тканей преобладали пациентки с лейкоплакией вульвы — 39 (33,6%) наблюдений. Из них с очаговой лейкоплакией 18 (15,5%) случаев, многоочаговой — 8 (6,9%) наблюдений, диффузной — 13 (11,2%) случаев. Хирургическое лечение по поводу начального рака получили 2 пациентки (1,7%) с остроконечными кондиломами, у 2 (1,7%) пациенток начальный рак был выявлен на фоне вестибулярного папилломатоза, 8 (6,9%) больных оперированы с ранним раком вульвы на фоне хронического вульвита, 4 (3,4%) пациентки с базалиомой вульвы.

В целом по поводу предрака, начальных форм рака и базалиомы оперировано 74 (63,8%) пациентки и 42 (36,2%) больные по поводу разнообразной фоновой патологии вульвы.

Таблица 1. Ранние послеоперационные осложнения в зависимости от варианта оперативного лечения

Объем операции		Ранние послеоперационные осложнения (число и процент пациенток)		
		кровотечение	нагноение раны	краевые некрозы лоскутов
Без пластики	вульвэктомия (42)	10 (23,8 %)	22 (52,4 %)	-
	обширная резекция вульвы (12)	4 (33,3 %)	3 (25,0%)	-
	плоскостная резекция (6)	1 (16,7%)	4 (66,7%)	-
	общее количество (60)	15 (25,0%)	29 (48,3%)	-
С пластикой	вульвэктомия (43)	1 (2,3%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)
	обширная резекция вульвы (13)	-	-	-
	общее количество (56)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)

Примечание. В скобках графы «объем операции» указано число больных, от которого рассчитывался процент осложнений

Все пациентки были разделены на 2 группы. Контрольную группу составили 60 (51,7%) больных, которым выполнено оперативное лечение без применения пластических операций. В исследуемую группу вошли 56 (48,3%) больных, которым выполнялось хирургическое лечение с применением методик реконструктивно-пластической хирургии.

Средний возраст больных в контрольной группе составил 63,3 лет, в исследуемой группе — 57,7 лет

Нами применялись следующие варианты оперативного лечения. В контрольной группе вульвэктомия произведена у 40 (70,0%) пациенток. Из них у 25 (41,7%) больных вульвэктомия была выполнена из-за наличия склеротического лишая, у 17 (28,3%) больных такой объем произведен в виду выраженных изменений эпителия наружных половых органов с подозрением на рак или начальной формой злокачественного новообразования на фоне диффузной или многоочаговой лейкоплакии, вестibuлярного папилломатоза и хронического вульвита. Обширные резекции выполнены у 12 больных: из них у 2 пациенток — с базалиомой, у 2 с нейродистрофическим процессом, у 1 — с хроническим вульвитом, остальные пациентки были с очаговой лейкоплакией. Плоскостные резекции выполнены у 6 пациенток с нейродистрофическим процессом.

В исследуемой группе вульвэктомия выполнена у 43 (76,8%) больных. Из них у 28 (50,0%) пациенток такой объем выполнен в виду наличия у всех пациенток склеротического лишая, у 15 (26,8%) больных по поводу существенных изменений эпителия вульвы и подозрением или наличием ранних форм рака на фоне диффузной или многоочаговой лейкоплакии, кондиломатоза, вестibuлярного папилломатоза, хронического вульвита. Обширные резекции вульвы в виде передней, задней, латеральной гемивульвэктомии выполнены у 13

(23,2%) больных: из них у 2 пациенток — с базалиомой, у 4 пациенток с начальным раком на фоне очаговой лейкоплакии, в остальных случаях по поводу очаговой лейкоплакии без признаков атипии. Для закрытия раневых дефектов в исследуемой группе были использованы 4 варианта реконструктивно-пластических операций:

- пластика раневого дефекта после вульвэктомии перемещенными кожно-фасциальными лоскутами на ножке с задних поверхностей бедер;
- пластика раневого дефекта после передней гемивульвэктомии перемещенными кожно-фасциальными предлобково-гипогастральными лоскутами на ножке;
- пластика раневого дефекта после задней гемивульвэктомии перемещенными параллельными ягодично-бедренными кожными лоскутами на ножке;
- пластика раневого дефекта после правосторонней или левосторонней гемивульвэктомии перемещенным кожно-фасциальным лоскутом на ножке с задней поверхности бедра.

Результаты исследования

Оперативные вмешательства на наружных половых органах в контрольной группе сопровождались высокой частотой послеоперационных осложнений по сравнению с исследуемой группой.

Структура распределения и частота ранних послеоперационных осложнений в зависимости от варианта оперативного лечения представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, наиболее частым осложнением в контрольной группе было нагноение послеоперационной раны, что составило 48,3% случаев. В исследуемой группе частота данного осложнения составила лишь 1,9%. Закрытие раневого дефекта перемещенными кожно-фасциальными лоскутами позволяло избе-

Таблица 2. Поздние послеоперационные осложнения в зависимости от варианта оперативного лечения

Объем операции		Поздние послеоперационные осложнения (число и процент пациенток)		
		дизурические расстройства	стеноз преддверия вагалища	боль, дискомфорт
Без пластики	вульвэктомия (42)	28 (66,7%)	24 (57,1%)	19 (45,2%)
	обширная резекция вульвы (12)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	4 (33,3%)
	плоскостная резекция (6)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	3 (50,0%)
	общее количество (60)	32 (53,3%)	27 (45,0%)	26 (43,3%)
С пластикой	вульвэктомия (43)	7 (16,3%)	-	4 (9,3%)
	обширная резекция вульвы (13)	-	-	-
	общее количество (56)	7 (12,5%)	-	4 (7,1%)

Примечание. В скобках графы «объем операции» указано число больных от которого рассчитывался процент осложнений

жать натяжения тканей, не нарушая их кровоснабжения, заживление, как правило, протекало первичным заживлением. Вторым по частоте ранним послеоперационным осложнением в контрольной группе было кровотечение из раны и составило 25,0% случаев. Чаше кровотечение возникало, как следствие нагноения послеоперационной раны. Причиной кровотечения из послеоперационной раны являлись отхождение лигатур и некрозов. Частота данного осложнения в исследуемой группе составила 1,9% наблюдений. Причиной тому послужило наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии — сочетания ожирения III степени с сахарным диабетом.

Краевой некроз перемещенного кожно-фасциального лоскута встретился у 1 пациентки после вульвэктомии, что составило 1,9% случаев. Некроз возник в области верхушки перемещенного лоскута на участке шириной 0,7 см. Заживление раневого дефекта прошло без ухудшения косметического результата.

Наличие ранних послеоперационных осложнений у пациенток напрямую влияло на длительность послеоперационного периода. В контрольной группе длительность послеоперационного периода составила: после вульвэктомии — 34,1 день, передней гемивульвэктомии — 15,3 дня, задней гемивульвэктомии — 29,7 дней, после плоскостной резекции — 29,7 дней. У пациенток в исследуемой группе длительность послеоперационного периода существенно отличалась в сравнении с пациентками контрольной группы и была почти в 2 раза короче, за исключением длительности послеоперационного периода после передней гемивульвэктомии. Так, послеоперационный койко-день после вульвэктомии составил 16,2 дня, после передней гемивульвэктомии — 12,5 дней, после задней гемивульвэктомии — 11,7 дней, после латеральной гемивульвэктомии — 12,6 дней.

Осложнения нагноительного характера в раннем периоде после хирургического вмешательства с формированием в последующем грубых послеоперационных рубцов явились основным определяющим моментом в возникновении поздних послеоперационных осложнений. Структура поздних послеоперационных осложнений представлена в табл. 2.

Дизурические расстройства в контрольной группе составили 53,3% наблюдений против 12,5% случаев в исследуемой группе, и по тяжести были значительно выраженными, чем в сравниваемой группе.

Вторым серьезным осложнением был стеноз преддверия вагалища, который приводил к дискомфорту при половой жизни или ее полной невозможности. В контрольной группе данное осложнение наблюдали у 45,0% больных: из них стеноз легкой степени встречался у 6 (22,2%) пациенток, умеренный стеноз — у 18 (66,7%), тяжелый стеноз — у 3 (11,1%) больных.

У пациенток исследуемой группы данного осложнения не было ни в одном случае.

Боли и дискомфорт в области послеоперационных рубцов в контрольной группе составили 43,3% случаев и были связаны с наличием грубых рубцов, часто травмирующихся, что приводило к возникновению трещин, язв, хроническому воспалению. В исследуемой группе частота осложнения составила 7,1% наблюдений и проявлялась лишь незначительным дискомфортом в области послеоперационных рубцов.

Следует отметить, что у большинства пациенток контрольной группы поздние осложнения сочетались между собой, так как все они развивались на фоне грубых обширных рубцов и недостатка тканей.

Оперативные вмешательства в контрольной группе сопровождалась нарушением

функции органа и неудовлетворительными косметическими результатами. В исследуемой группе у пациенток удалось добиться хорошего косметического эффекта, сохранения половой функции и полноценного акта мочеиспускания.

Минимальное количество послеоперационных осложнений и удовлетворительные косметические и функциональные результаты лечения в исследуемой группе сочетались с хорошим лечебным эффектом.

В контрольной группе выздоровление наступило у 31 (51,7%) пациентки. Рецидивы выявлены у 29 пациенток, что составило 48,3% наблюдений. В исследуемой группе удалось добиться клинического выздоровления и обеспечить стойкую ремиссию у 53 (94,6%) пациенток. Рецидивы наступили лишь у 3 (5,4%) больных.

На рис. 4 представлена эффективность лечения больных с патологией вульвы в зависимости от характера хирургического лечения. Эффективность лечения оценивалась ежегодно в течение 5 лет по количеству пациенток с отсутствием признаков прогрессирования процесса.

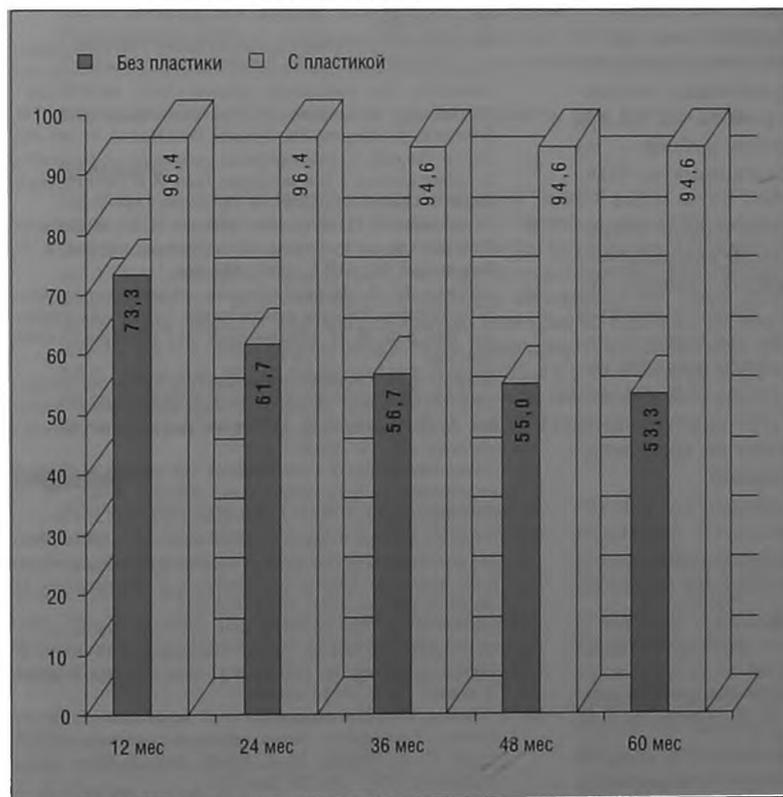
В контрольной группе без признаков заболевания на первом году было 73,3% пациенток. В исследуемой группе эта цифра была выше на 23,1% и составила 96,4% случаев. К концу

пятого года процент излечения в исследуемой группе оставался по-прежнему высоким — 94,6% наблюдений, а в контрольной группе снизился еще на 20,0 % и составил 53,3% случаев. К концу восьмого года наблюдения еще у 1 пациентки в контрольной группе выявлен рецидив, и количество случаев излеченного процесса составило 51,7%.

Рецидив нейродистрофического процесса в контрольной группе был выявлен у 66,7% (у 22 из 33 больных). После обширных и плоскостных резекций рецидив заболевания отмечен в 100% и 100% случаев соответственно, после вульвэктомии — в 56,0 % наблюдений. Средняя продолжительность безрецидивного периода составила 27,3 месяца. Развитие инвазивного рака на фоне рецидива нейродистрофического процесса в этой группе больных мы наблюдали у 3 пациенток, что составило 9,1% случаев.

В исследуемой группе рецидив дистрофического поражения вульвы наступил в 7,14% случаев (у 2 из 28 больных). Средняя продолжительность безрецидивного периода составила 12 месяцев. Развития рака на фоне рецидива нейродистрофического процесса в отдаленные сроки мы не наблюдали.

Рисунок 4. Результаты лечения в зависимости от характера хирургического вмешательства



Рецидивы заболеваний вульвы без дистрофического фона после хирургического лечения в контрольной группе составили 25,9% (у 7 из 27 больных), в исследуемой группе — 3,6% (у 1 из 28 больных). Рецидив очаговой лейкоплакии наступил у 1 (14,3%) пациентки на 12 месяце после хирургического лечения без использования пластических операций, многоочаговой лейкоплакии также у 1 (20,0%) пациентки на 6 месяце, диффузной формы лейкоплакии у 3 (42,9%) больных. Средняя продолжительность безрецидивного периода при диффузной форме лейкоплакии составила 8,2 месяца. Развития рака в отдаленные сроки после лечения мы не наблюдали.

В исследуемой группе рецидива лейкоплакии не наблюдали ни в одном случае.

Рецидив вестибулярного папилломатоза наступил в той и другой группе у обеих пациенток, что составило 100% и 100% наблюдений соответственно. Продолжительность безрецидивного периода у больной в контрольной группе составила 6 месяцев и 28 месяцев в сравниваемой группе.

Из 5 пациенток, пролеченных по поводу начального рака вульвы на фоне хронического вульвита хирургическим путем в контрольной группе через 48 месяцев у 1 (20,0%) больной наступил рецидив рака с признаками инвазии. В группе больных, где применялись пластические операции, у 3 (100%) пациенток с начальным раком вульвы на фоне хронического вульвита мы добились полного выздоровления.

Выводы

1. Использование реконструктивно-пластических операций при хирургическом лечении фоновых заболеваний, предрака и начальных форм рака вульвы позволило создать хорошие условия для заживления послеоперационной раны, что привело к существенному снижению количества ранних послеоперационных осложнений и ускорило сроки послеоперационного периода. Частота нагноений и кровотечений из послеоперационной раны после хирургического вмешательства снизилась соответственно на 46,4% и 23,1%

2. Выполнение реконструктивно-пластических операций значительно уменьшило количество поздних послеоперационных осложнений: дизурических расстройств на 40,8%, болей и дискомфорта в области рубцов — на 36,2%, стеноза преддверия влагалища не было ни в одном случае.

3. Реконструктивно-пластические операции позволили широко иссекать патологически измененные ткани и замещать раневой дефект здоровыми тканями перемещенных кожно-фасциальных лоскутов, что снизило количество рецидивов на 42,9%, излеченность патологического процесса наступила у 94,6% пациенток по сравнению с 51,7% пациентками, где оперативное вмешательство не сопровождалось пластическими операциями.

Литература

- Hagedorn, M. Lichen sclerosus and squamous cell carcinoma of the vulva. M. Hagedorn, T. Goluke, G. Mall. J. Dtsch. Dermatol. Ges. 2003; 1: 11: 864-868.
- Carli, P. Vulvar carcinoma associated with lichen sclerosus. P. Carli, A. De Magnis, F. Mannone et al. Clin. J. Reprod. Med. 2003; 48: 5: 313-318.
- Манухин, И. Б. Заболевания наружных половых органов у женщин. И. Б. Манухин, Н. И. Кондриков, Т. П. Крапошина. М.: МИА, 2002; 303 с.
- Costa, S. Diagnosi del carcinoma vulvare. S. Costa, N. Mioli, C. Vendra et. al. Pathol. benigna e maligna vulva: 2 Incontri int oncol. ginecol. Copanello, 9-11 Sett., 1988; Roma, 1989; 155-165.
- Kaya, S. Ergebnisse unteschiedlichen Therapie for men bei Vulvaneoplasiien. S. Kaya, M. Grillo, H.J. Gent. Zentralblatt fur Gynekologie. 1991; 113: 141-147.
- Жаров, А. В. Оптимизация лечения большого раком вульвы. А. В. Жаров, А. В. Важенин. Челябинск, 2005; 131 с.
- Нагуло, С. А. Сравнительная оценка клинического течения, эффективности лечения крауроза и лейкоплакии вульвы: автореф. дис...канд. мед. наук С. А. Нагуло. Уфа, 1999; 25 с.
- Жаров, А. В. Комбинированные и реконструктивно-пластические операции у больных раком вульвы: дис... д-ра мед. наук А. В. Жаров. М., 2002; 286 с.
- Garcia I. A. Epidemiologia del cancer de vulva. I.A. Garcia, L. L. C. Tejerizo, O.S. Luna et al. Toko-ginecol.pract. 1994; 53: 587: 45-52.
- Ашрафян, Л. А. Рак вульвы: этиопатогенетическая концепция. Л. А. Ашрафян, Н. В. Харченко, В. И. Киселев, П. Г. Свешников, Е. В. Степанова, Н. А. Бабаева. М., 2006; 192 с.
- Молочков, В. А. Папилломовирусная инфекция: клиника, диагностика, лечение. Пособие для врачей. В. А. Молочков, В. И. Киселев, И. В. Рудых, С. Н. Щербов. М., 2005; 32 с.
- Джебакумар, С. Интраэпителиальная неоплазия вульвы. С. Джебакумар, П. Д. Вулли, М. Н. Бхаттачария. Заболевания, передаваемые половым путем. 1997; 3: 17-20.
- Miller, B. E. Vulvar intraepithelial neoplasia treated with cavitation ultrasonic surgical aspiration. B. E. Miller. Gynecol. Oncol. 2002; 85: 1: 114-118.
- Stocker, M. The outcome after cryosurgery and intralesional steroid injection in vulvar lichen sclerosus corresponds to preoperative histopathological findings. M. Stucker, J. Grape, F.G. Bechara et al. Dermatology. 2005; 210: 3: 218-222.
- Andreasson, B. Intraepithelial neoplasia in the vulvar region. B. Andreasson, J. E. Bock. Gynecol. Oncol. 1985; 21: 3: 300-305.
- Schnurch, H. G. Therapie bei prainvasiver Vulvaneoplasie standardisiert oder individuell?: [Vortr] Organerhalten und rekonstrukt. Therapieverfahr. gunacol. Oncol.: Beitr. Expert. Workshops, Heidelberg, 12-14 Okt., 1995. Teil 1/H.G. Schnurch, V. Kuppers. Zbl. Gynacol. 1996. Bd.118, 6; 345-349.
- Collins Conrad, G. Intraepithelial carcinoma of the vulva. G. Collins Conrad, J. Roman-Lopez Juan, Y. L. Lec Frederick. Amer. J. Obstet. and Gynecol. 1970; 108: 1187-1191.
- Запорожан, В. Н. Патология вульвы. В. Н. Запорожан. Руководство по эндокринной патологии, под ред. Е. М. Вихляевой. М.: МИА, 1997; 667-683.
- Костава, М. Н. Дистрофические заболевания вульвы. М. Н. Костава. Заболев. шейки матки, влагалища и вульвы, под ред. В. Н. Прилепской. М.: Медпресс, 1999; 326-336.
- Жаров, А. В. Реконструктивно-пластические операции при лечении предопухолевых заболеваний вульвы. А. В. Жаров, Е. В. Котляров, Акушерство и гинекология. 2001; 6: 39-43.
- Sivanesaratnam, V. Carcinoma of the vulva a Malaysian experience. V. Sivanesaratnam, Ahmad Adlan, T. A. Sinnathuray et al. Med. J. Malaysia. 1982; 37: 2: 170-174.
- 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; 40: 8: 451-456.
- Mattoras, R. Morbimortalidad asociada tratamiento quirurgico del cancer vulvar Casuistica y revision. R. Mattoras, J. Diez, M. Alonso et al. Clin. e invest. Ginecol. Y obstet. 1991; 18: 16 19-25.
- Rhodes, C. A. The management of squamous cell vulvar cancer: Apopulation based retrospective study of 411 cases, C. A. Rhodes, M. L. Shaft. Brit. J. Obstet. and Gynaecol. 1988; 105: 26: 200-205.

Рисунок к статье
И. В. Коренева и Н. И. Тарасова

«Сопоставление результатов радионуклидных и морфологических исследований в диагностике рака предстательной железы», стр. 92.

Рисунок 2. Сцинтиграфия простаты. 1) Фибромускулярная строма. 2) и 3) Переходная зона. 4) и 5) Центральная зона. 6) Задняя часть периферической зоны. 7) Передняя часть периферической зоны. 8) Место максимальной интенсивности накопления радиофармпрепарата, индекс «патологический очаг/фон» = 5,7

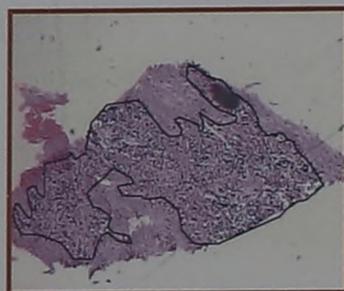


Рисунок 3. Микрофотография аденокарциномы простаты. Кратность увеличения 200. Окраска гематоксилином и эозином. Непрерывной линией обведены участки среза, инфильтрированные опухолью. Затем с помощью планиметрического метода системной гистостереометрии определялся удельный вес площади занятой опухолью в общей

площади каждого гистологического среза



Рисунки к статье

Т. Н. Губайдуллиной, А. В. Жарова и Г. В. Сычугова

«Результаты хирургического лечения с применением реконструктивно-пластических операций у больных с фоновыми заболеваниями, предраком и начальными формами рака вульвы», стр. 99.

Рисунок 1а. Микрофото. Склерозирующий лишай. Неравномерная толщина эпителиального слоя с очагами истончения. В цитоплазме поверхностного слоя определяются зерна кератогиалина. Субэпидермальный отек, лимфоплазматическая инфильтрация глуболежащих слоев дермы. Выраженное полнокровие капилляров, набухание эндотелия, диапедезные кровоизлияния. Окраска: гематоксин + эозин. Ув. x200.



Рисунок 1б. Микрофото. Склерозирующий лишай. Выраженный фиброз дермы, диффузная гранулоцитарно-лимфоцитарная инфильтрация, отек субэпидермального слоя с гомогенизацией и деструкцией коллагеновых волокон этой зоны. Окраска: на коллагеновые волокна по Ван Гизону. Ув. x200.

Рисунок 2а. Микрофото. Склерозирующий лишай с лейкоплакией. Фрагментация, гомогенизация и разрушение эластических волокон в субэпидермальном слое. Окраска: на эластик по Харту. Ув. x100.



Рисунок 2б. Микрофото. Склерозирующий лишай с лейкоплакией. Фрагментация и очаги выпадения ретикулиновых волокон в дерме. Окраска: серебрение по Гомори. Ув. x100

Рисунок 3. Микрофото. Очаговая лейкоплакия. Эпителиальный пласт несколько утолщен за счет поверхностного слоя. Поверхностный слой представлен аморфными, бесструктурными эозинофильными массами (кератин). Сохранение вертикальной анизоморфности и стратификации эпителиальных слоев. В строме умеренный фиброз с густой лимфоплазматической инфильтрацией, в т.ч. поверхностных слоев дермы. Окраска: гематоксин + эозин. Ув. x100.

