

УДК 618.16-006.6-089

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ВУЛЬВЫ

Р.Ш. Шалбаева, М.Р. Кайрбаев

Представлены результаты хирургического лечения рака вульвы. Произведена оценка периоперационного и послеоперационного периодов после вульвэктомии. Отмечена эффективность лапароскопической тазовой лимфаденоэктомии, проведенной проспективным методом.

Ключевые слова: рак вульвы; операция; типы иссечений; лапароскопическая тазовая лимфаденоэктомия.

OPTIMIZING OF SURGICAL TREATMENT IN VULVAR CANCER

R.Sh. Shalbaeva, M.R. Kayrbayev

In this article the authors presented some results of surgical treatment of vulvar cancer. Also the authors analyzed perioperative and post-operative periods after vulvectomy. There was performed efficacy of laparoscopic pelvic lymphadenectomy, using the prospective method.

Keywords: vulvar cancer; surgery; types of incision; laparoscopic pelvic lymphadenectomy.

Введение. Рак вульвы (РВ) – довольно редко встречающаяся злокачественная опухоль у женщин. Так, в США РВ встречается в 0,5 % случаев в структуре всех злокачественных новообразований [1]. По данным большинства авторов, среди онкогинекологических заболеваний РВ составляет от 2 до 4 % [2, 3]. Эпидемиологами выявлено, что заболеваемость относительно высокая в развитых странах мира, а в развивающихся и неразвитых государствах ее показатели низкие. В 90 % случаев рак вульвы поражает женщин старшего и пожилого возраста (60 лет и выше) [4].

До сих пор не существует единого подхода к хирургическому лечению РВ. Учитывая высокую запущенность опухолевого процесса при первичном поступлении, пятилетняя выживаемость при РВ остается невысокой и составляет 40–45 % для всех стадий [5]. При начальных стадиях и проведении адекватного хирургического лечения удается добиться 80–85 % выживаемости. В последние годы наблюдается широкое использование лапароскопических методов при хирургическом лечении опухолей гениталий, в том числе рака вульвы [6].

Fambrini M. и др. (2014) описали результаты симультанной техники – радикальной вульвэктомии и вульвэктомии с пахово-бедренной лимфаденоэктомией при IV (> 4 см) стадии у 57 пациенток РВ. Пятилетняя выживаемость при этом составила 60,5 % [7].

Материал и методы исследования. В исследование были включены пациентки РВ, в основ-

ном с нераспространенными формами заболевания, которым было проведено оперативное вмешательство раздельным (основная группа) и единым способом (контроль). Период исследования в основной группе охватывал с 2003 по 2012 г. Всем пациенткам была выполнена операция в объеме радикальной вульвэктомии с пахово-бедренной лимфаденоэктомией.

Были оценены следующие характеристики: средний возраст, техника оперативного вмешательства, количество перелитой крови и кровезамениителей, частота послеоперационных инфекций, состояние краев раны на наличие опухоли.

При раздельном способе разрез выполнялся раздельно для вульвы и отдельно для удаления лимфоузлов. При втором способе радикальной вульвэктомии (контроль) выполнялся единый разрез в виде бабочки. В послеоперационном периоде пациентки находились на постельном режиме в течение 4-х дней. Некоторым больным назначалась лучевая терапия после полного заживления послеоперационной раны.

С 2009 г. нами внедрен лапароскопический способ иссечения тазовых лимфоузлов при РВ. Были оценены результаты хирургического лечения с использованием лапароскопической тазовой лимфаденоэктомии (n = 21).

Лечение было проведено в Центре онкогинекологии Казахского НИИ онкологии и радиологии. Использованы традиционные методы медицинской статистики.

Результаты исследования. В основной группе 33 больных РВ с I– II стадиями опухолевого процесса были подвергнуты хирургическому лечению – радикальной вульвоэктомии раздельными разрезами. Средний возраст, гистологическая картина и распределение больных по стадиям представлены в таблице 1. Средний возраст пациенток РВ был примерно одинаковым в обеих группах. В основной группе средний возраст больных был несколько ниже. При гистологическом исследовании в подавляющем большинстве опухолей в обеих группах были представлены плоскоклеточным раком (90,9 % – в основной и 91,3 % – в контрольной группах). Реже злокачественные опухоли вульвы были представлены аденокарциномой или недифференцированными типами новообразований.

Таблица 1 – Основные клинические параметры пациенток раком вульвы

Характеристики	Основная группа	Контрольная группа
Средний возраст	56,2 ± 4,4 года	58,3 ± 3,9 года
Гистологический тип: - плоскоклеточный рак - аденокарцинома	30 (90,9 %) 3 (9,1 %)	21 (91,3 %) 2 (8,7 %)
Стадия - I (T1) - II (T2)	4 (12,1 %) 29 (87,9 %)	2 (8,7 %) 21 (91,3 %)
Всего	33 (100,0 %)	23 (100,0 %)

Метастазы в регионарные лимфоузлы у больных РВ в основной группе были выявлены в 6 случаях (18,2 %). Общее число удаленных лимфоузлов составило 41. При ретроспективном анализе гистологического материала контрольной группы частота метастазов в лимфоузлах была примерно одинаковой (17,4 %), как и в основной группе. Однако общее число удаленных лимфоузлов было меньше (28). Это объясняется относительно большим числом проведенных операций в основной группе пациенток.

Другие характеристики пациенток РВ, связанные с периоперационным периодом представлены в таблице 2.

Частота инфекционных осложнений в группе больных с раздельным разрезом была статистически достоверно меньше, чем в группе больных оперированных способом “бабочки” – 27,3 ± 5,3 и 52,2 ± 4,8 %, соответственно ($p < 0,05$). В переливании эритроцитарной массы и нативной плазмы нуждались примерно одинаковое количество больных (около 18 % случаев).

Длительность оперативного вмешательства в основной группе составила 170,2 ± 14,8 мин,

а в контрольной группе – 257,4 ± 12,1 мин ($p < 0,001$). Также достоверно различались показатели в днях, которые потребовались на госпитализацию больных. Так, среднее время пребывания пациентки в стационаре у больных основной группы составило 14,1 ± 1,1 дня, а в контрольной – 22,2 ± 1,3 дня.

При лапароскопической тазовой лимфаденэктомии из 21 пациента с положительными пахово-бедренными лимфоузлами в 5 случаях (23,8 %) были обнаружены метастазы. При этом в одном случае эти метастазы были билатеральными, а в 3-х случаях метастатические поражения были односторонними. В послеоперационном периоде осложнений не было. Никаких задержек в лечении, в плане адьювантных методов в дальнейшем не наблюдалось.

Применение лапароскопической лимфодиссекции тазовых лимфатических узлов у пациенток РВ с пахово-бедренными узлами с негативным статусом позволило нам избежать свертывания, т. е. дальнейшего неоправданного использования лучевой терапии у 15 из 21 больных (71,4 %). Таким пациентам в последующем может не понадобиться назначение адьювантной химиотерапии.

Судя по результатам хирургического лечения пациенток раком вульвы, существуют разные подходы, особенно при ранних стадиях заболевания. Основным критерием в оценке результатов лечения является доступ при оперативном вмешательстве. Наши результаты показали, что доступ раздельным методом, в отличие от одномоментного хирургического подхода, имеет удовлетворительные исходы. Это касалось как ближайших периоперационных, так и послеоперационных аспектов лечения. Так, уменьшалось число послеоперационных осложнений, была меньшая продолжительность самого оперативного вмешательства, следовательно, и время госпитализации.

Хирургическое лечение рака вульвы по методу раздельного доступа является оптимальным методом лечения, особенно при ранних стадиях. В отличие от хирургического способа по типу “бабочки” данный метод отличается укорочением времени оперативного вмешательства, меньшей частотой инфекционных осложнений, меньшим сроком госпитализации. Все это способствует широкому внедрению хирургического лечения раздельным доступом при радикальной вульвоэктомии с паховой лимфаденэктомией.

Проведение лапароскопической техники при выполнении тазовой лимфодиссекции является перспективным методом, позволяющим избежать свертывания.

Таблица 2 – Сравнительная характеристика периоперационного периода в основной и контрольной группах пациенток с раком вульвы

Характеристики	Основная группа (n = 33), абс. ч. (M ± m)	Контрольная группа (n = 23), абс. ч. (M ± m)	Критерий t, достоверность P
Частота инфекций: - инфекции (+) - инфекции (-)	9 (27,3 ± 5,3 %) 24 (72,7 ± 3,6 %)	12 (52,2 ± 4,8 %) 11 (47,8 ± 4,9 %)	t = 3,48, p < 0,05 t = 4,09, p < 0,001
Переливание крови: - кровь (+) - кровь (-)	6 (18,2 ± 6,2 %) 27 (81,8 ± 3,5 %)	4 (17,4 ± 5,9 %) 19 (82,6 ± 3,4 %)	t = 0,09, p > 0,05 t = 0,16, p > 0,05
Длительность операции (мин)	170,2 ± 14,8	257,4 ± 12,1	t = 4,56, p < 0,001
Длительность госпитализа- ции (дней)	14,1 ± 1,1	22,2 ± 1,3	t = 4,75, p < 0,001

Литература

1. Hill-Daniel J., Roett M.A. Genital Cancers in Women: Vulvar Cancer // FP Essent. 2015. V. 438. P. 31–43.
2. Пушкарев В.А. Рак вульвы / В.А. Пушкарев, И.А. Мазитов // Медицинский вестник Башкортостана. 2013. Т. 8. № 1. С. 123–127.
3. Hacker N.F. Vulvar cancer. In: Berek J.S., Hacker N.F. ed. Practical Gynecologic Oncology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. P. 553–596.
4. van der Velden J., Hacker N.F. Update on vulvar carcinoma. In: Rothenberg M.L., ed. Gynecologic Oncology: controversies and new development. Boston: Kluwer, 1994. P. 101–1.
5. Vair B., Altman A.D., Nelson G. Time to surgery and the risk of cancer progression in patients with gynaecologic cancers of the lower genital tract // J Obstet Gynaecol Can. 2015. V. 37 (4). P. 338–44.
6. Maaike Henrike Marije Oonk. New diagnostic and therapeutic options in early-stage of VULVAR CANCER. Oslo, 2011. 152 pp.
7. Fambrini M., Sorbi F., Sisti G. et al. Two-team simultaneous total radical vulvectomy and inguino-femoral lymphadenectomy via separate incisions for locally advanced (FIGO stages IB ≥ 4 cm-III) squamous vulvar cancer // Anticancer Res. 2014. V. 34 (12). P. 7345–50.