

УДК 618.16-006.6-07:616-085

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ СТАДИЙ РАКА ВУЛЬВЫ

Р.Ш. Шалбаева, М.Р. Кайрбаев

Приведены дизайн и протокол диагностики и лечения распространенных форм рака вульвы. Показана роль комплексной диагностики и лечения.

Ключевые слова: рак вульвы; алгоритм; диагностика; лечение.

ALGORITHM OF DIAGNOSIS AND TREATMENT IN ADVANCED STAGE OF VULVAR CARCINOMA

R.Sh. Shalbayeva, M.R. Kairbaev

The work presented the basic design of diagnostics and treatment in advanced forms of the vulvar carcinoma. The role of the multidisciplinary approach was shown.

Keywords: vulvar carcinoma; the algorithm; diagnostics; treatment.

Введение. Во всем мире отмечается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями, в том числе раком гениталий [1, 2]. Несмотря на то, что рак вульвы (РВ) значительно реже встречается среди других опухолей гениталий (например, рак шейки матки), эта опухоль вызывает значительные проблемы в диагностике и лечении из-за скрытого течения [3, 4]. Рак вульвы составляет лишь около 4 % всех опухолей женских гениталий. Это заболевание касается в основном женщин пременопаузального возраста [4]. В большинстве случаев РВ представлен плоскоклеточной формой, но могут встречаться меланомы, аденокарциномы, базально-клеточные и веррукозные карциномы, саркомы. При РВ чаще поражаются большие и малые половые губы, область клитора и промежность [5]. Многие авторы отмечают, что, несмотря на наружную локализацию, РВ в 50–70 % случаев диагностируется в III–IV стадии опухолевого процесса [6]. В этом случае лечение распространенной формы РВ должно быть мультидисциплинарным и индивидуализированным, все больные должны проходить терапию в специализированном онкогинекологическом отделении [7, 8].

Цель исследования – оптимизация диагностики и лечения распространенного рака вульвы.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились пациентки РВ, на-

ходившиеся на лечении в отделении онкогинекологии Казахского НИИ онкологии и радиологии с 2003 по 2012 г. Всего было пролечено 265 пациенток РВ III–IV стадии. Согласно Международной классификации болезней, КВ был присвоен коду – С-51, в том числе большая половая губа (С51.0); малая половая губа (С51.1); клитор (С 51.2); поражение вульвы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций (С 51.8); поражение вульвы неуточненной части (С 51.9). Использованы традиционные методы статистического анализа. В качестве индикатора эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в алгоритме, а также для оценки и документирования эффективности лечения были использованы рекомендации ВОЗ.

Результаты исследования. Опухоли, распространяющиеся на нижнюю треть уретры, влагалище, анус и с фиксированными метастазами в паху, относятся к распространенным и запущенным случаям. Для таких больных оптимальным решением является мультимодальная (комплексная) терапия. Терапия проводилась в зависимости от зон поражения.

Лечение пахово-бедренных зон. До планирования лечения определили распространенность опухоли в пахово-бедренных областях. При отсутствии подозрительных пальпируемых лимфатических



Рисунок 1 – Клиническая тактика при подозрении на метастазы в пахово-бедренных лимфоузлах



Рисунок 2 – Клиническая тактика при изъязвленных или фиксированных метастазах в лимфоузлах

узлов в паху было произведено выполнение двусторонней пахово-бедренной лимфаденэктомии (n = 146), или в 55,1 % случаев. При патолого-морфологическом исследовании в 32 случаях из 146 (21,9 %) в них были выявлены метастазы. Этим пациенткам были выполнены курсы дистанционной

лучевой терапии в адьювантном режиме на пахово-бедренную область и область малого таза.

При наличии подозрительных лимфатических узлов предоперационная КТ может быть полезна в оценке распространенности лимфаденопатии (рисунок 1). Удаление всех увеличенных



Рисунок 3 – Лечение первичной местно-распространенной опухоли на вульве (первичный очаг)

лимфатических узлов сопровождалось их срочным морфологическим исследованием. При отсутствии в них метастазов выполняется полное удаление лимфатических узлов пахово-бедренной области.

При наличии метастазов полной лимфодиссекции старались избежать, поскольку полная лимфаденэктомия с последующей лучевой терапией может привести к тяжелейшим лимфатическим отекам нижних конечностей. В этом случае ограничивались удалением только увеличенных пахово-бедренных и тазовых лимфатических узлов с последующим облучением регионарных зон, включая область малого таза.

При наличии изъязвленных и фиксированных лимфатических узлов в паху проводили компьютерную томографию пахово-бедренных областей, малого таза и брюшной полости для определения точной распространенности лимфаденопатии (рисунок 2). При резектабельных лимфоузлах удаляли все увеличенные лимфатические узлы. При нерезектабельных лимфатических узлах проводили биопсию для подтверждения их метастатического поражения с последующей лучевой терапией по радикальной программе. Если есть возможность, лимфатические узлы можно удалить после лучевой терапии.

Лечение основного очага (первичной опухоли на вульве). Лечение распространенной опу-

холи на самой вульве проводилось после пахово-бедренной лимфодиссекции. Лучевая терапия на регионарные зоны и малый таз проводилась по обычным показаниям для лучевой терапии при РВ (рисунок 3).

При наличии условий для резекции первичного очага с чистыми краями резекции без риска повреждения анального и уретрального сфинктеров предпочтительна хирургическая резекция. В 12 (4,5 %) случаях первичное хирургическое лечение сопровождалось выведением коло- и уростомы. В этих случаях на первом этапе проводили лучевую терапию с последующей экономной резекцией ложа опухоли.

Пахово-бедренная область и малый таз должны быть включены в поля облучения при РВ в зависимости от статуса л/узлов, который обычно определяется заранее.

Лучевая терапия. При наличии метастазов в пахово-бедренных узлах, применяли критерии для назначения адьювантной лучевой терапии. Поля облучения включали малый таз, подвздошные лимфатические узлы, первичный очаг с суммарной очаговой дозой как минимум 50 Гр.

Ложе больших опухолей облучали электронным пучком для обеспечения адекватной дозы как на поверхности, так и на глубине. Как правило, для местного контроля при таких опухолях необходимо

подвести 60–70 Гр. Протоколы с конкурентной лучевой терапией все еще являются частью исследовательских протоколов, а взаимосвязь между суммарной дозой и степенью местного контроля опухоли остается неизвестной.

Ближкие края резекции. Послеоперационная лучевая терапия использовалась при близком расположении опухоли к краям резекции (< 5,0 мм), если нет возможности для ре-резекции.

В 22 случаях (8,3 %) при положительных краях резекции использовали брахитерапию.

Уход за раной после операций на вульве. Основные непосредственные осложнения хирургии вульвы – это инфекции, расхождение раны и образование ложных лимфатических кист. Использование следующих приемов может быть полезным в снижении осложнений:

1. Постельный режим в послеоперационном периоде.

2. Частые туалеты промежности в течение постельного режима.

3. Частые сидячие ванны после активизации.

4. Обработки раны после каждого туалета.

5. Содержание промежности сухой после приема душа и подмываний (можно использовать сухое чистое полотенце или фен для волос, к примеру).

Таким образом, частота распространенных форм рака вульвы составляет от 50 до 70 %. Связано это с низкой онкологической настороженностью в медицинских учреждениях первичного и вторичного звена, низкой санитарной грамотностью женской популяции, неадекватным лечением и самолечением. Лечение распространенных форм рака вульвы очень сложное, комплексное и должно учитывать многие моменты. В первую очередь, это зоны регионарного метастазирования, положительные или отрицательные лимфоузлы при гистологическом исследовании, наличие или отсутствие в резецированных краях признаков опухолевого поражения, наличие метастазов в органах мало-

го таза и некоторые др. Однако основным в лечении распространенных форм рака вульвы является одностороннее иссечение первичной опухоли с двухсторонней лимфаденоэктомией и адъювантной лучевой терапией.

Литература

1. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2009. Т. 20. Прилож. № 1. 150 с.
2. Greenlee R.T., Goodman M.T., Lynch C.F. et al. The occurrence of rare cancers in U.S. adults, 1995–2004 // Public Health Rep. 2010. V. 125 (1). P. 28–43.
3. Ашрафян Л.А. Влияние патогенетического варианта постменопаузы на возникновение опухолей женской репродуктивной системы / Л.А. Ашрафян, И.Б. Антонова, Н.А. Бабаева и др. // Опухоли женской репродуктивной системы. 2013. № 1. С. 60–66.
4. Madeleine M.M., Daling J.R. Cancers of the vulva and vagina In: Schottenfeld D., Fraumeni J.F., eds Cancer Epidemiology and Prevention. New York: Oxford University Press; 2006. Pp. 1068–1074.
5. Бойко А.В. Оптимизация лучевого компонента в лечении больных местно-распространенным раком вульвы / А.В. Бойко, И.А. Бочарова, Л.В. Демидова и др. // Российский онкологический журнал. 2005. № 5. С. 11–16.
6. Homesley H. Management of Vulvar Cancer // Cancer. Suppl. 1995. Vol. 76. (Supl. 10). P. 2159–21570.
7. Lavoué V., Gotlieb W. Benefits of Minimal Access Surgery in Elderly Patients with Pelvic Cancer // Cancers (Basel). 2016 Jan 12; 8(1). pii: E12. doi: 10.3390/cancers8010012. Review.
8. Slevin N.J., Pointon R.C. Radical radiotherapy for carcinoma of the vulva // Br J Radiol. 1989. V. 62 (734). P. 145–7.