

*В.С. Сухин*

*ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины», г. Харьков  
Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ВУЛЬВЫ

Проведено ретроспективное исследование данных больных раком вульвы. Рассмотрен характер проводимого лечения. В 84,3% случаев лечение начато с хирургического этапа с последующим проведением адъювантного лечения, остальным больным проведён предоперационный курс дистанционной лучевой терапии. Рецидив заболевания выявлен у 26,3% больных раком вульвы. Проведение предоперационной лучевой терапии снизило частоту локального рецидивирования опухоли.

**Ключевые слова:** рак вульвы, лучевая терапия, рецидив заболевания.

Рак вульвы – это диагноз женщин пожилого и старческого возраста, 80% инвазивного рака вульвы диагностируется у женщин старше 55 лет, при этом 30% – у женщин старше 75 лет [1, 2].

Заболеваемость раком вульвы в Украине составляет 2,8, а показатель смертности – 1,5 на 100 тыс. женского населения [3]. По данным немецких коллег, заболеваемость раком вульвы составляет 2,5 на 100 тыс. женского населения [4, 5]. Инвазивный плоскоклеточный рак вульвы составляет 90% всех злокачественных опухолей вульвы и 1–2% злокачественных эпителиальных опухолей у женщин [2, 6].

Несмотря на то, что рак вульвы является визуальной локализацией рака, каждая вторая пациентка поступает в специализированное лечебное учреждение с распространёнными формами заболевания [7].

**Целью** исследования явился анализ эффективности лечения больных раком вульвы стадий IA – IVA (T1-3N0-2M0).

**Материал и методы.** Проведено ретроспективное исследование 19 больных раком вульвы стадий IA – IVA (T1-3N0-2M0), проходивших лечение в клинике ГУ «Института медицинской радиологии НАМН Украины» в период с 2001 по 2005 г. Стадию рака вульвы устанавливали в соответствии с клинической классификацией FIGO (Международная федерация гинекологов и акушеров) и TNM 6 [8, 9] с учётом результатов дополнительных методов исследования: УЗИ, компьютерной томографии органов грудной, брюшной полости и малого таза. Окончательный диагноз ставился после получения результатов гистологического исследования послеоперационного материала – хирургическое стадирование [7].

Антибластомная терапия включала опе-

ративное лечение в объёме расширенной вульвэктомии с двусторонней пахово-бедренной лимфаден-эктомией, адъювантный курс лучевой и химиотерапии. Предоперационный курс лучевой терапии проведён больным раком вульвы в случае больших размеров первичной опухоли (стадия T3) и/или наличия инфильтративного процесса с целью дальнейшего проведения радикального хирургического вмешательства. Адъювантный курс лучевой терапии проводился в случае размера опухоли более 2 см (T2 и более), курс химиотерапии – в случае метастатического поражения регионарных лимфатических узлов (N1-2) [6, 10]. Дистанционное облучение больных проводилось на аппарате РОКУС-АМ, разовая очаговая доза (РОД) – 2 Гр, суммарная очаговая доза (СОД) при предоперационном облучении составила 30 Гр, при адъювантном курсе – 42 Гр. Срок наблюдения составил 60 месяцев.

Полученные данные статистически обработали.

**Результаты и их обсуждение.** Распределение больных раком вульвы в зависимости от методики лечения и стадии заболевания представлено в таблице.

Из таблицы видно, что 16 [(84,3 ± 8,6)%] пациенткам лечение начато с хирургического этапа с последующим проведением адъювантного лечения (О+ЛТ/ХТ), кроме пациенток со стадией IA, а трём [(15,7 ± 8,6)%] пациенткам с целью уменьшения размеров опухоли и снижения её метастатического потенциала проведено комбинированное лечение, которое начиналось с предоперационного курса лучевой терапии, с последующим проведением хирургического и адъювантного лечения (ЛТ+О+ЛТ/ХТ).

## Распределение больных раком вульвы по стадиям в зависимости от методики лечения

Стадия РВ по FIGO	Стадия РВ по TNM	Схема лечения			
		(О±ЛТ/ХТ)		(ЛТ+О+ЛТ/ХТ)	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%
IA	T1aN0M0	2	12,5 ± 8,5	-	-
IB	T1bN0M0	5	31,2 ± 12,0	-	-
II	T2N0M0	6	37,5 ± 12,5	1	33,3 ± 33,3
III	T1-3N1M0	3	18,8 ± 10,0	1	33,3 ± 33,3
IVA	T3N2M0		-	1	33,3 ± 33,3
Всего		16	84,3 ± 8,6	3	15,7 ± 8,6

Основным критерием эффективности лечения является частота возникновения рецидивов. Рецидив заболевания выявлен у пяти больных раком вульвы, что составило (26,3 ± 10,4)%. Сроки возникновения рецидива – 6–35 месяцев, медиана – 13 месяцев, среднее время до появления рецидива – (15,0 ± 11,9) месяцев.

Распределение больных с рецидивом заболевания в зависимости от стадии заболевания (в%) было следующим:

IB	20,0±20,0
II	20,0±20,0
III	40,0±24,5
IVA	20,0±20,0

Как видим, наибольшее число рецидивов рака вульвы отмечено при III стадии заболевания – в (40,0 ± 24,5)% случаев (у двух из пяти больных).

Распределение больных с рецидивом заболевания в зависимости от локализации рецидива (в%) было следующим:

В области послеоперационного рубца	40,0±24,5
В паховой области	20,0±20,0
В области бедренных лимфоузлов	20,0±20,0
В передней брюшной стенке	20,0±20,0.

Как видим, наиболее часто рецидивы заболевания возникали в области послеоперационного рубца – в (40,0 ± 24,5)% случаев (у двух из пяти больных), что имело место у больных раком вульвы со II (T2N0M0) и III (T3N1M0) стадиями заболевания. Сроки возникновения рецидива составили 35 и 6 месяцев соответственно.

У одной пациентки рецидив отмечен в паховой области в сроке 13 месяцев. У данной больной имела место III (T1N1M0) стадия рака вульвы.

У одной больной рецидив заболевания проявился в виде метастатического поражения бедренных лимфоузлов в сроке 15 месяцев. У данной больной имела место IB (T1bN0M0) стадия рака вульвы.

У одной пациентки выявлен рецидив заболевания в сроке 6 месяцев в виде ограниченного

метастаза в переднюю брюшную стенку. У данной больной имела место IVA (T3N2M0) стадия рака вульвы.

Анализ возникновения рецидива заболевания в зависимости от локализации первичной опухоли показал, что у четырёх из пяти [(80,0 ± 20,0)%] больных раком вульвы первичная опухоль локализовалась в области больших половых губ, у одной пациентки – в области малых. Ни у одной из трёх больных с локализацией первичной опухоли в области клитора рецидива заболевания в течение 60 месяцев выявлено не было.

Если рассмотреть данный показатель в общей когорте больных (19 человек), то частота возникновения рецидива в области больших половых губ составила (21,1 ± 9,6)%, в области малых – (5,2 ± 5,2)%.

Анализ возникновения рецидива заболевания в зависимости от размера первичной опухоли показал, что у трёх из пяти [(60 ± 24,5)%] больных с рецидивом заболевания размер первичной опухоли был более 3 см, что является плохим прогностическим фактором [7, 11].

Таким образом, в нашем исследовании у больных раком вульвы преимущественно имел место локорегионарный характер рецидивирования. Местные рецидивы выявлены у двух пациенток и регионарные тоже у двух, что составило по (40,0 ± 24,5)%, хотя в общей когорте (2 из 19 больных) – в (10,5±7,2)% и (10,5±7,2)% соответственно. Отдалённые метастазы отмечены у одной [(5,2 ± 5,2)%] пациентки в виде изолированного метастаза в передней брюшной стенке. Рецидив заболевания в течение одного года возник у двух больных раком вульвы, второго года – у двух и у одной пациентки – в конце третьего года наблюдения.

У трёх из пяти [(60 ± 24,5)%] больных с рецидивом заболевания первично имело место поражение регионарных лимфатических узлов. Однако лишь только у одной пациентки локализация рецидива отмечена в области регионарных лимфоузлов.

По данным различных авторов, рецидивы рака вульвы чаще всего возникают в проекции первичной опухоли – 48,0 – 75,7%. В области регионарных лимфатических узлов рецидив выявляется в 14–40% случаев. Частота локальных рецидивов опухоли в большей степени зависит от величины свободного края резекции от опухоли [7, 11, 12].

В то же время отдельные авторы отмечают в 8% случаев наличие отдалённых, а в 14% – множественных метастазов [13, 14].

Наши данные коррелируют с данными литературы, хотя множественных метастазов мы не наблюдали [13, 14].

Выявлено, что в группе больных, которым лечение начато с хирургического этапа, рецидивы отмечены у трёх пациенток со стадией T1bN0M0, T1N1M0, T2N0M0 в виде местного рецидива у двух и регионарного – у одной пациентки. В группе больных, получивших предоперационный курс лучевой терапии, рецидив заболевания отмечен у двух пациенток с T3N1M0, T3N2M0 в области бедренных лимфатических узлов и передней брюшной стенки.

Таким образом, проведение предоперационного курса лучевой терапии позволило добиться операбельности первичной опухоли, а также снизить частоту местного рецидивирования – ни у кого из трёх больных раком вульвы с III–IVa стадией не отмечено местного рецидива заболевания.

Анализ продолжительности жизни больных раком вульвы показал, что общая и безрецидивная пятилетняя выживаемость составила 73,7%. У больных раком вульвы I стадии данный показатель составил 85,7%, II – 85,7%, III – 50,0%, IVa стадии – 0%.

По данным литературы [8, 15, 16] изучаемый показатель при комбинированном лечении у больных раком вульвы I стадии соответствовал 100%, II – 84,6%, III стадии – 53,6%.

#### Выводы

Рецидив заболевания отмечен у 26,3% больных, из них у 40,0% в области первичной опухоли. Все рецидивы случились в период наблюдения до трёх лет после проведённого радикального лечения. Среднее время до его возникновения составило 15 месяцев. Общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость у больных РВ I – IV стадии составила 73,7%. Проведение предоперационного курса лучевой терапии снизило частоту локального рецидивирования.

#### Список литературы

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – СПб.: Фолиант, 2002. – 542 с.
2. Урманчеева А.Ф. Эпидемиология рака вульвы.

Факторы риска и прогноза / А.Ф. Урманчеева // Практич. онкология. – 2006. – Т. 7, № 4. – С. 189–196.

3. Бюлетень національного канцер-реєстру України № 12. – К., 2011. – 118 с.
4. Fuh K.C. Current management of vulvar cancer / K.C. Fuh, J.S. Berek // Hematol. Oncol. Clin. North Am. – 2012. – Vol. 26(1). – P. 45–62.
5. New aspects of vulvar cancer: changes in localization and age of onset. / M. Hampl, S. Deckers-Figiel, J.A. Hampl [at al.] // Gyn. Oncol. – 2008. – Vol. 109. – P. 340–345.
6. Онкологическая гинекология. / В.К. Винницкая, А.Н. Мельник, А.Н. Рыбалка [и др.] – К.: Здоров'я, 1983. – 248 с.
7. Жаров А.В. Оптимизация лечения больных раком вульвы / А.В. Жаров, А.В. Важенин // Челябинск, 2005. – 131 с.
8. FIGO 26th Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2006. – 95 (Suppl. 1). – S. 105–143.
9. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium // Int. J. of Gyn. and Obst. – 2009. – Vol. 105. – P. 103–104.
10. Бохман Я.В. Лечение больных раком вульвы. / Я.В. Бохман, Ю. Таджибаева, Г.Т. Чукасели // Вопросы онкологии – 1990. – Т. 36, № 4, – С. 472–476.
11. Турчак А.В. Рецидивы рака вульвы и результаты их терапии (20-летний опыт) / А.В. Турчак // Онкология. – 2009. – Т. 11, № 4. – С. 312–313.
12. Куприенко Н.В. Использование биологической сварки тканей в лечении фоновых и злокачественных заболеваний вульвы / Н.В. Куприенко, Т.В. Кутицкая // Клин. онкология. – 2011. – Спец. вып. № II. – С. 149.
13. Crosbie E.J. Vulvar cancer treatment / E.J. Crosbie, R.J. Slade, A.S. Ahmed // Cancer Treatment Reviews. – 2009. – Vol. 35. – P. 533–539.
14. Diagnosis and treatment options of vulvar cancer: a review / C. Dittmer, D. Fischer, K. Diedrich, M. Thill // Arch. Gynecol. Obstet. – 2012. – Vol. 285 (1). – P. 183–193.
15. Жаров А.В. Хирургическое лечение больных раком вульвы / А.В. Жаров // Практич. онкология. – 2006. – Т. 7, № 4. – С. 205–215.
16. Вишневская Е.Е. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли женских половых органов. – Минск: Вышейш. шк., 2002. – 416 с.

*В.С. Сухін*

### ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ВУЛЬВИ

Проведено ретроспективне дослідження даних хворих на рак вульви. Розглянуто характер їх лікування. У 84,3% випадків лікування хворих розпочато з хірургічного етапу з подальшим запровадженням адьювантного лікування, іншим хвоим проведено передопераційний курс дистанційної променевої терапії. Рецидив захворювання виявлено у 26,3% хворих на рак вульви. Проведення передопераційної променевої терапії дозволило знизити частоту локального рецидивування пухлини.

**Ключові слова:** рак вульви, променева терапія, рецидив захворювання.

*V.S. Sukhin*

### TREATMENT EFFICACY OF VULVAR CANCER PATIENTS

It has been conducted retrospective data analyze of vulvar cancer patients. There was evaluated treatment method. In 84.3% of patients treatment was started with surgery with adjuvant treatment. In other patients there was conducted preoperative radiation therapy. Relapse of disease was detected in 26.3% of patients. Preoperative radiation therapy decreased the local relapse-rate.

**Key words:** vulvar cancer, radiation therapy, relapse of disease.

*Поступила 21.06.12*