

РЕЦИДИВЫ РАКА ВУЛЬВЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ ТЕРАПИИ (20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ)

Ключевые слова: рак вульвы, рецидив, лечение, хирургический метод, криохирургия, комплексное лечение.

Резюме. Лечение больных с рецидивами рака вульвы представляет собой сложную задачу и требует индивидуализированного комплексного подхода. Получены обнадеживающие результаты при использовании комбинации хирургического и криохирургического метода в сочетании с нео- и адъювантной химиолучевой терапией.

Рецидивы рака вульвы (РРВ) по сравнению с первичной опухолью отличаются повышенной степенью злокачественности и устойчивостью к терапевтическому воздействию, часто приводят к значительным анатомо-топографическим нарушениям в области возникновения. Рецидив заболевания значительно чаще, чем неизлеченная первичная опухоль, является основной причиной смерти больных от рака вульвы [1]. Все это делает крайне тяжелым и даже сомнительным его успешное лечение. Тезис о том, что профилактика гораздо перспективнее терапии клинически выраженного рецидива, остается незыблемым и для этой визуальной локализации заболевания [2, 3].

Важным является правильный индивидуализированный выбор основного метода лечения рецидива в комбинации с адъювантными методами противоопухолевого воздействия [4, 5].

В онкогинекологическом отделении ГУ «Национальный институт рака» за период 1987–2007 гг. проведено стационарное лечение 69 больных с рецидивами злокачественных новообразований вульвы. Следует отметить, что 66 из них первичное лечение проведено в этом же отделении, 3 — в других специализированных онкологических учреждениях областного подчинения. За этот же 20-летний период в отделении проведено лечение 510 больных с первичным РВ. Общая безрецидивная выживаемость за этот период составила — 70,7% (362 пациентки). Сопоставление приведенных данных показывает, что специализированное повторное лечение в отделении онкогинекологии прошли около 40,0% больных с РРВ. С остальными пациентками либо утрачена связь, либо они направлены на паллиативную или симптоматическую терапию по месту жительства.

В исследования включены случаи рецидивов в после хирургического или комбинированного лечения (с использованием хирургического компонента). Из них плоскоклеточная форма рака диагностирована у 60 пациенток, железисто-светлоклеточная — у 1. Рецидивы возникли и у больных с редкими формами заболевания: с меланомами вульвы — 6, с саркомой — 2. Дальнейший анализ проведен для морфологично однотипных случаев возникновения рецидива плоскоклеточного рака. Средний возраст пациентов с рецидивами заболевания — 54,8 года.

Большинство РРВ плоскоклеточного рака (49 случаев, 81,7% общего числа зарегистрированных РРВ этой гистологической формы) возникли в сроки от 4 мес (2 случая как продолжение болезни) до 60 мес наблюдения после окончания первичного лечения, в среднем — 18 мес. У 11 пациенток диагностировано повторное заболевание в сроки от 7 до 17 лет, в среднем — 8,9 года. Возникновение таких поздних рецидивов можно объяснить существованием латентных «островков» опухолевых клеток на протяжении 5–10 лет после лечения первичной опухоли, пролиферация которых могла вновь активизироваться, так как полиэтиологическое влияние на онкогенез после терапии первичной опухоли не устраняется [3]. Приведенные данные подтверждают то мнение, что наблюдение больных РВ должно быть пожизненным и особенно тщательным в первые 2–3 года после проведенного радикального лечения.

Регионарные рецидивы (на месте паховобедренной лимфаденэктомии) и метастазы возникли у 18,3% больных, а местные рецидивы — у 86,7% пациенток. Суммарное количественное несоответствие объясняется тем, что в 3 случаях местный РРВ комбинировался с регионарным, а еще в 3 — РРВ сочетался с отдаленным метастазом.

В зависимости от использованного метода лечения сформировали 3 группы для анализа. 1-ю группу составили 35 (58,3%) больных, в схему лечения которых обязательно входил хирургический этап операции (О), дополненный адъювантной терапией (АТ) (лучевой (ЛТ) и/или химиотерапией (ХТ)) — О + АТ; 2-ю — 8 (13,3%) больных, вариант лечения — КД + ХТ, которым была проведена криодеструкция РРВ и адъювантная регионарная (лимфотропная) ХТ; 3-ю — 17 (19,4%) больных с паллиативным вариантом лечения по общей схеме ХТ + ЛТ. При выборе метода лечения руководствовались такими основными характеристиками опухолевого процесса, как размеры опухоли, локализация, форма роста, наличие распада и инфицирования. Однако основным критерием отбора все же была ее резектабельность.

Очевидно, что в прогностическом плане представленные группы не сопоставимы. Потенциальная перспективность групп, учитывая представленные

параметры отбора, изменяется в порядке убывания от 1-й к 3-й группе. К тому же группы малочисленны. И все же мы приводим некоторые отдаленные результаты, претендующие на третий уровень доказательности. Общая 5-летняя выживаемость в 1-й группе составила — 71,4%, 2-й — 41,7% , 3-й — 31,7% (таблица).

Таблица
Выживаемость больных с РРВ в зависимости от метода лечения

Группа	Метод лечения	Количество, n (%)	5-летняя выживаемость, %
1-я	О + АТ	35 (58,3)	71,4
2-я	КД + ХТ	8 (13,3)	41,7
3-я	ХТ + ЛТ	17 (19,4)	31,7

Представленными данными мы хотим продемонстрировать, что диагноз РРВ не является фатальным, и эти больные нуждаются в таком же пристальном внимании клинициста, как и пациентки с первичной опухолью. Возможность эффективного лечения напрямую зависит от возможности раннего выявления рецидивной опухоли. Этот фактор оставляет онкогинекологу большую степень свободы в выборе адекватного по объему лечения. Ранняя диагностика РРВ позволяет провести радикальное лечение с наименьшими затратами и потерями, с использованием малоинвазивных методов воздействия.

ВЫВОДЫ

1. Лечение больных с РРВ представляет собой сложную задачу, требующую для решения индивидуализированного подхода, применения, как правило, комбинации различных методов противоопухолевого воздействия.

2. Более 80% рецидивов РВ возникают в первые 3 года наблюдения после проведенного радикального лечения. Однако мониторинг данной категории больных необходимо проводить пожизненно.

3. Наиболее эффективным методом лечения рецидивов РВ является хирургический. Основным пока-

занием для проведения повторных оперативных вмешательств должна быть резектабельность опухоли.

3. Методом выбора лечения больных с РРВ может быть криодеструкция опухоли в комбинации с регионарной или системной ХТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Франк ГА. Рецидив злокачественной опухоли: понятие, сущность, терминология. Рос онкол ж 2006; 3: 2–7.
2. Урманчеева АФ. Эпидемиология рака вульвы. Факторы риска и прогноза. Практ онкол 2006; 7 (4): 189–96.
3. Ашрафян ЛА, Харченко НВ, Киселев ВИ и др. Рак вульвы: этиопатогенетические концепции. Москва: Молодая гвардия, 2006. 192 с.
4. Крикунова ЛИ, Мардынский ЮС. Лучевое и химиотерапевтическое лечение рака вульвы. Практ онкол 2006; 7 (4): 216–20.
5. Eifel PJ, Morris M, Burke TW, et al. Prolonged continuous infusion cisplatin and 5-fluorouracil with radiation for locally advanced carcinoma of the vulva. Gynecol Oncol 1995; 59 (1): 51–6.

RELAPSES OF CARCINOMA OF VULVA AND RESULTS OF THEIR TREATMENT (20-YEAR EXPERIENCE)

A.V. Turchak

Summary. *Treatment of patients with carcinoma of vulva relapses is a challenging task requiring individualized and combined approach. Promising results are obtained dealing with surgery and cryosurgery treatment combined with neo- and adjuvant chemoradiotherapy.*

Key Words: vulva cancer, relapse, treatment, surgery, cryosurgery, combined treatment.

Адрес для переписки:

Турчак А.В.
03022, Киев, ул. Ломоносова, 33/43
ГУ «Национальный институт рака»
E-mail: root@ucr.kiev.ua