

Государственное образовательное бюджетное учреждение высшего образования
«Кубанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Онкологический диспансер №3»
министерства здравоохранения Краснодарского края

Рак вульвы. Диагностика и лечение

Пособие для врачей

Государственное образовательное бюджетное учреждение высшего образования
«Кубанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Онкологический диспансер № 3»
министерства здравоохранения Краснодарского края

РАК ВУЛЬВЫ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Пособие для врачей

Краснодар
2017

«УТВЕРЖДАЮ»
Ректор ФГБОУ ВО
«Кубанский государственный
медицинский университет»
Минздрава России
д.м.н., профессор
С.Н. Алексеенко

« 24 » ИЮЛЯ 2017 г.



«УТВЕРЖДАЮ»
Министр здравоохранения
Краснодарского края,
д.м.н., профессор
С.Ф. Филиппов

июля 2017 г.



РАК ВУЛЬЫ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Пособие для врачей

Краснодар
2017

УДК 618.16-002.153-618.16-002.4

ББК 55.6

Р 19

Авторы:

М. Г. Леонов – главный врач ГБУЗ «Онкологический диспансер № 3» министерства здравоохранения Краснодарского края (г. Новороссийск), доктор медицинских наук, доцент
А. Г. Барышев – заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ «НИИ – Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, заведующий кафедрой хирургии № 1 ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, главный хирург Краснодарского края

Р. А. Мурашко – главный врач ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края, главный внештатный специалист онколог министерства здравоохранения Краснодарского края, доцент кафедры онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук

Л. Г. Тесленко – заместитель главного врача по организационно-методической работе ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края, ассистент кафедры онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук

Леонов, М. Г.

Р 19

Рак вульвы. Диагностика и лечение [Текст]: пособие для врачей / М. Г. Леонов, А. Г. Барышев, Р. А. Мурашко, Л. Г. Тесленко, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ «Онкологический диспансер № 3» министерства здравоохранения Краснодарского края. – Краснодар, 2017. – 40 с. – ISBN978-5-9906146-3-5.

В пособии представлены сведения об этиологии, патогенезе, факторах и группах риска возникновения рака вульвы.

Подробно описаны основные методы диагностики рака вульвы, дифференциальной диагностики злокачественных новообразований, фоновой и предопухолевой патологии вульвы. Приведена классификация рака вульвы в соответствии с Международной классификацией злокачественных опухолей TNM 7-го пересмотра (2009) и классификация FIGO.

Описаны основные методы хирургического и лучевого лечения рака вульвы, особое внимание уделено современным методам лучевой терапии злокачественных новообразований вульвы.

Пособие предназначено для онкологов, акушеров-гинекологов, патологоанатомов, врачей клинической лабораторной диагностики, клинических ординаторов и интернов.

ISBN978-5-9906146-3-5

Все права авторов защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

© Леонов М. Г., Барышев А. Г., Мурашко Р. А., Тесленко Л. Г., 2017

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ВОЗ** – Всемирная организация здравоохранения
- Гр** – грей
- МРТ** – магнитно-резонансная томография
- РВ** – рак вульвы
- РОД** – разовая очаговая доза
- РКТ** – рентгеновская компьютерная томография
- СОД** – суммарная очаговая доза
- FIGO** – Международная федерация акушеров-гинекологов
- TNM** – Международная классификация злокачественных опухолей

ПРЕДИСЛОВИЕ

Несмотря на относительно невысокие показатели заболеваемости, рак вульвы остается важной медицинской и социальной проблемой. Медицинской, потому что является визуально доступной формой рака, тем не менее более 50% пациенток поступают на лечение с распространенными формами заболевания, а общая кумулятивная пятилетняя выживаемость колеблется от 32% до 45%. Социальной, потому что более 96% пациенток – больные постменопаузального возраста, значительная часть которых старше 70 лет, имеющих многочисленные сопутствующие заболевания, что, зачастую, делает невозможным использование радикальных методов лечения.

Рак вульвы чаще встречается у женщин в возрасте 65–75 лет (средний возраст 68 лет) и составляет до 5% всех злокачественных новообразований женских половых органов. Как ни при какой другой локализации гинекологического рака, рак вульвы тесно ассоциирован с постменопаузой, с инволютивно-атрофическими процессами этого периода жизни женщины. В этом одновременно и парадоксальная особенность этого заболевания, и возможно, ключ к разгадке, пониманию истинных механизмов его возникновения.

Ежегодно в Краснодарском крае регистрируется около 80 новых случаев рака вульвы. Несмотря на то что рак вульвы является визуально доступной формой злокачественной опухоли, более 50% больных впервые обращаются за медицинской помощью с распространенными формами заболевания, когда в опухолевый процесс вовлекаются уретра, влагалище, анус, имеются метастазы в пахово-бедренных и тазовых лимфатических узлах. Все это негативно отражается на выживаемости этого контингента больных. Причина поздней диагностики рака вульвы объясняется не только отсутствием онкологической настороженности у врачей общей лечебной сети, но и длительным бессимптомным течением этого заболевания на ранних стадиях опухолевого процесса, что обуславливает позднее обращение за медицинской помощью.

В большинстве случаев рак вульвы развивается на фоне длительно существующих нейродистрофических изменений. При этом больных беспокоят сильный зуд, усиливающийся в ночное время, сухость и шероховатость кожных покровов, гнойные выделения, кровотечения. Проводимая консервативная лекарственная терапия приносит временное облегчение, так как патологические кожные изменения прогрессируют постепенно. К предопухолевым заболеваниям вульвы относятся болезни, которые рано

или поздно приводят к раку вульвы. Среди них большое место занимают кондиломы, атрофический и склеротический лишай и др.

Профилактика рака вульвы заключается в регулярном посещении врача акушера-гинеколога, особенно женщинами из группы риска по возникновению заболевания, и проведении углубленного обследования данного контингента женского населения. Своевременное выявление и проведение лечения больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями позволит предотвратить возникновение рака вульвы.

Заведующая онкогинекологическим отделением

ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1»

министерства здравоохранения Краснодарского края,

ассистент кафедры онкологии с курсом торакальной

хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Кубанский государственный

медицинский университет» Минздрава России,

доктор медицинских наук

Н.В. Порханова

РАК ВУЛЬВЫ

Эпидемиология. Рак вульвы с удельным весом 3–8% в структуре злокачественных опухолей женских половых органов занимает четвертое место.

Величина показателя заболеваемости раком вульвы имеет тенденцию к незначительному росту, что отражает ее демографическую особенность последнего времени, связанную с увеличением средней продолжительности жизни и ростом абсолютного числа людей пожилого и старческого возраста в общей структуре населения.

Рак вульвы – заболевание людей пожилого и преклонного возраста. Средний возраст больных раком вульвы составляет 68 лет, 63% – старше 60 лет, 27% – старше 70 лет. В США у негритянских женщин средний возраст больных раком вульвы 51 год, у белых – 67 лет и около 15% больных старше 40 лет. В странах Африки и Юго-Восточной Азии отмечаются такие же возрастные особенности.

Онкоэпидемиологические особенности распространенности рака вульвы изучены слабо. Заболеваемость не превышает 2–3 случаев на 100 тыс. женского населения. Существенных различий в частоте встречаемости рака вульвы в разных регионах мира не выявлено. Риск его развития в течение жизни составляет 0,2%.

Основные черты патологии. Этиопатогенетические факторы риска возникновения рака вульвы изучены недостаточно. Несмотря на это, результаты многих проведенных исследований свидетельствуют о том, что развитие рака вульвы связано с нарушением гормонального баланса во всех звеньях эндокринной системы. Рак вульвы является конечным результатом многих эндокринопатий, включая дисфункцию гипофиза, щитовидной железы, надпочечников и яичников. Для больных раком вульвы характерно укорочение репродуктивного периода за счет позднего менархе и раннего наступления менопаузы. Результаты гормональных исследований свидетельствуют о гипоэстрогении у больных злокачественными новообразованиями вульвы в репродуктивном и переменопаузальном периодах. Как правило, недостаток эстрогенов становится причиной атрофических и дистрофических изменений вульвы.

Сахарный диабет, ожирение, гипертоническая болезнь и атеросклероз – частые сопутствующие заболевания при раке вульвы, что может быть связано с увеличением частоты этих заболеваний с возрастом.

В конце 80-х – начале 90-х годов прошлого столетия появились работы, указывающие на важную роль вирусной инфекции (вирус герпеса II типа и вирус папилломы человека) в возникновении предрака и рака вульвы.

Основные факторы риска развития злокачественных новообразований вульвы:

- пожилой возраст;
- инфекции, вызванные вирусом папилломы человека;
- частая смена половых партнеров;
- интраэпителиальная неоплазия вульвы;
- плоскоклеточная гиперплазия и склеротический лишай;
- курение;
- ожирение;
- артериальная гипертензия;
- сахарный диабет;
- низкий социально-экономический статус;
- меланома или атипические невусы вне вульвы;
- злокачественные опухоли других половых органов.

Таким образом развитие рака вульвы связано с процессом старения женского организма (атрофические и дистрофические изменения кожи), с эндокринно-обменными нарушениями, гипоэстрогенией и экзогенными факторами (вирус папилломы человека, вирус герпеса и др.).

Группы риска – пациенты с дистрофическими процессами и дисплазией вульвы. Они нуждаются в проведении регулярных профилактических осмотров, диспансерном наблюдении с обязательным выполнением вульвоскопии, цитологического исследования мазков-отпечатков и при необходимости – гистологического изучения биоптатов патологических участков вульвы.

Рак вульвы чаще локализуется в области больших половых губ (52%) и клитора (12–20%), реже встречается в области малых половых губ (7,1%), задней спайки (6,4%), в периуретральной зоне (1,7%), в области бартолиновой железы (0,7%).

Гистологические формы рака вульвы отличаются многообразием. Наиболее часто встречается плоскоклеточный рак (90–95%), аденоракцина вульвы развивается из эпителия потовых желез или бартолиновой железы (4%), базально-клеточный рак диагностируется в 1% случаев.

По форме роста выделяют экзофитную, эндофитную и инфильтративно-отечную опухоли. Чаще встречается экзофитная форма роста. При этом опухоль имеет вид «цветной капусты» (рис. 1). При эндофитной форме – опухоль в виде язвы, не возвышающейся над поверхностью кожно-слизистых покровов вульвы (рис. 2). При инфильтративно-отечной форме все ткани вульвы инфильтрированы опухолью, отечны. Инфильтраты не-подвижны и переходят на пахово-бедренную область и клетчатку лона.

Всегда имеются регионарные метастазы (рис. 3). Инфильтративно-отечная форма рака вульвы характерна для поздних стадий и рецидивов заболевания и характеризуется неблагоприятным прогнозом.



Рис. 1. Экзофитная форма рака вульвы



Рис. 2. Эндофитная форма рака вульвы



Рис. 3. Инфильтративно-отечная форма рака вульвы

КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ВУЛЬВЫ

Анатомические области:

- большая половая губа C51.0;

- малая половая губа C51.1;

- клитор C51.2;

- поражения вульвы, выходящие за пределы одной и более вышеуказанных локализаций C51.8;

- вульва неуточненной части C51.9.

В настоящее время при проведении стадирования первичного опухолевого процесса используется Международная классификация злокачественных опухолей TNM 7-го пересмотра (2009) в рубрике C51 рак вульвы и классификация FIGO. Для сравнения включены обе системы.

Правила классификации

Классификацию применяют к первичным карциномам вульвы. Папиллома исключена. Требуется гистологическое подтверждение новообразования.

Карциному вульвы, которая распространяется на влагалище, классифицируют как карциному вульвы.

Для определения категорий T, N и M показано проведение следующих исследований:

Категория T физикальное обследование, эндоскопия и лучевые методы исследования;

Категория N физикальное обследование и лучевые методы исследования;

Категория M физикальное обследование и лучевые методы исследования.

Стадии FIGO основаны на хирургических данных, а категории TNM основаны на клинической и/или патологоанатомической классификации.

Регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами являются пахово-бедренные узлы (узлы паховой области).

Клиническая классификация TNM

Т – первичная опухоль

TNM	FIGO	
TX		Первичная опухоль не может быть оценена
T0		Отсутствие данных о первичной опухоли
Tis		<i>Carcinoma in situ</i> (преинвазивная карцинома), интраклеточная неоплазия III степени
T1	I	Опухоль в пределах вульвы или вульвы и промежности
T1a	IA	Опухоль не более 2 см в наибольшем измерении с инвазией стромы не более 1 мм
T1b	IB	Опухоль более 2 см или инвазия стромы более 1 мм
T2		Опухоль любого размера с распространением на прилежащие структуры промежности: нижнюю треть мочеиспускательного канала, нижнюю треть влагалища, анус
T3	IVA	Опухоль любого размера с распространением на следующие структуры: верхние две трети мочеиспускательного канала, верхние две трети влагалища, слизистую оболочку мочевого пузыря, слизистую оболочку прямой кишки; опухоль, фиксированная к костям таза

N – регионарные лимфатические узлы

Nx	Регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены
N0	Нет метастазов в регионарных лимфатических узлах
N1	Метастазы:
N1a	Метастазы менее 5 мм в 1–2 лимфатических узлах
N1b	Метастазы не менее 5 мм в 1 лимфатическом узле
N2	Метастазы:
N2a	Метастазы менее 5 мм в 3 и более лимфатических узлах
N2b	Метастазы не менее 5 мм в 2 и более лимфатических узлах
N2c	Метастазы в лимфатических узлах с распространением за капсулу
N3	Фиксированные или изъязвленные метастазы в лимфатических узлах

M – отдаленные метастазы

M0 Нет отдаленных метастазов

M1 Есть отдаленные метастазы, включая метастазы в лимфатических узлах таза

Патологоанатомическая классификация рTNM

Категории рT и рN соответствуют категориям T и N. Для рM: рM1 – отдаленные метастазы подтверждены гистологическим исследованием. Категории рM0 и рMx в настоящее время не используются.

pN0 При пахово-бедренной лимфаденэктомии гистологическое исследование должно включать не менее 6 лимфатических узлов.

Если в лимфатических узлах метастазы не выявлены, но исследовано меньшее количество узлов, то классифицируют как pN0 (в классификации FIGO обозначают как pNx).

Гистологическая классификация

G – гистологическая степень злокачественности

- Gx Степень дифференцировки не может быть определена
- G1 Высокодифференцированная
- G2 Умеренноdifференцированная
- G3–4 Низкодифференцированная/недифференцированная

Стадии

Стадия 0*	Tis	N0	M0
Стадия I	T1	N0	M0
Стадия IA	T1a	N0	M0
Стадия IB	T1b	N0	M0
Стадия II	T2	N0	M0
Стадия IIIA	T1, T2	N1a, N1b	M0
Стадия IIIB	T1, T2	N2a, N2b	M0
Стадия IIIC	T1, T2	N2c	M0
Стадия IVA	T1, T2	N3	M0
	T3	Любая N	M0
Стадия IVB	Любая Т	Любая N	M1

*В классификации FIGO стадию 0 (Tis) не используют

Метастазирование. Лимфогенное метастазирование при раке вульвы происходит достаточно рано. Первыми обычно поражаются поверхностные паховые лимфатические узлы, затем глубокие паховые лимфатические узлы, лежащие по ходу бедренных сосудов. На втором этапе поражаются тазовые лимфатические узлы, прежде всего наружные подвздошные и запирательные группы. При раке клитора и большой железы преддверия они могут поражаться сразу, минуя паховые лимфатические узлы. Третий этап лимфогенного метастазирования – поражение поясничных лимфатических узлов. Это поражение расценивается как отдаленное метастазирование (рис. 4). Обилие анастомозов между внутри- и внеорганными лимфатическими сосудами способствует возникновению двусторонних и перекрестных метастазов при раке вульвы.

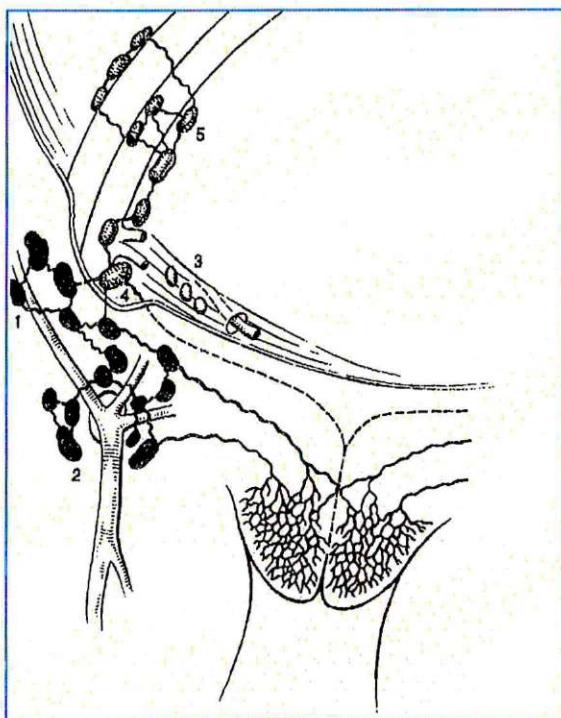


Рис. 4. Пути лимфатического оттока вульвы

1 – паховые, 2 – бедренные, 3 – лимфатические узлы по ходу круглой паховой связки, 4 – узел Клока, 5 – наружные подвздошные

Частота лимфогенного метастазирования рака вульвы, по данным разных авторов, составляет около 30% (табл. 1). Частота регионарных метастазов зависит от размеров первичной опухоли: при размерах до 2 см метастазы обнаруживаются в 25–33% случаев, 2–3 см – 60–68%, 4–7 см – более 90%. Метастазы в тазовые лимфатические узлы наблюдаются приблизительно у 9% больных. Если паховые лимфатические узлы не поражены – метастазы в тазовых лимфатических узлах наблюдаются редко.

Таблица 1

Частота метастазов в лимфатических узлах при раке вульвы

Авторы	Число больных	Больные с метастазами в лимфоузлы	
		N	%
Green (1970)	142	54	38,0
Krupp, Bohm (1978)	195	40	20,5
Benedet и соавт. (1979)	120	34	28,3
Curry и соавт. (1980)	191	57	29,8
Iversen и соавт. (1980)	268	86	32,1
Hacker и соавт. (1980)	113	31	27,4
Podratz и соавт. (1983)	175	59	33,7
Homesley и соавт. (1993)	588	203	34,5
Paladini и соавт. (1994)	350	75	21,2
Всего	2 142	639	29,8

Гематогенное метастазирование появляется на поздних стадиях заболевания. При этом чаще всего поражаются легкие, печень, кости и головной мозг.

ДИАГНОСТИКА

Несмотря на то что рак вульвы является визуально доступной формой злокачественной опухоли, более 50% больных впервые обращаются за медицинской помощью с распространенными формами заболевания, когда в опухолевый процесс вовлекаются уретра, влагалище, анус, имеются метастазы в пахово-бедренных и тазовых лимфатических узлах. Причинами этого являются позднее обращение за медицинской помощью и диагностические ошибки.

В большинстве случаев рак вульвы развивается на фоне длительно существующих нейродистрофических изменений. При этом больных беспокоят сильный зуд, усиливающийся в ночное время, сухость и шероховатость кожных покровов, гнойные выделения, кровотечения. Проводимая консервативная лекарственная терапия приносит временное облегчение, так как патологические кожные изменения прогрессируют постепенно.

При осмотре малые половые губы и клитор атрофичны, сглажены, или их контуры полностью отсутствуют. Кожные покровы в области поражения сухие, депигментированные, с перламутровым оттенком, могут встречаться участки гиперпигментации. На кожных покровах часто наблюдаются трещины и эрозии. Ранее такие патологические изменения тканей вульвы назывались краурозом или лейкоплакией вульвы. В настоящее время в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра – атрофический и склеротический лишай (рис. 5–6).

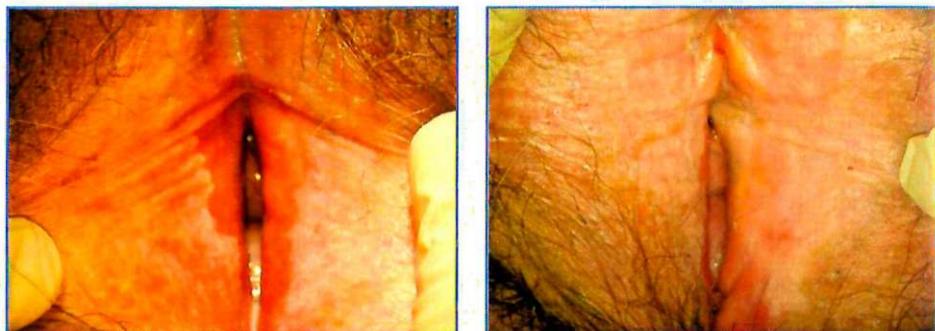


Рис. 5. Атрофический лишай вульвы



Рис. 6. Склеротический лишай вульвы

При атрофическом лишае кожа и подкожная жировая клетчатка атрофичны и мягкие на ощупь, наблюдается склероз тканей, что приводит к уплотнению и утолщению дермы.

Развитие рака вульвы без нейродистрофических изменений характеризуется наличием очагов лейкоплакии, при этом зуд выражен незначительно и не усиливается в ночное время или вообще отсутствует. При визуальном осмотре отсутствуют атрофия и склероз наружных половых органов, наблюдаются очаги диффузной лейкоплакии сероватого или интенсивно белого цвета.

Если рак вульвы развивается на фоне длительно существующих кондилом, больных беспокоит зуд, как правило, умеренный. Опухоль имеет экзофитный рост. Кондиломатоз вульвы сочетается с гипертрофией больших и малых половых губ (рис. 7).



Рис. 7. Кондиломатоз вульвы

Развитие рака вульвы на фоне хронического вульвита или вульвогинита характеризуется зудом, жжением в области вульвы. Эти симптомы существуют от нескольких месяцев до нескольких лет. Местное лечение приносит временное облегчение, но затем патологический процесс быстро рецидивирует. При объективном осмотре отмечается гиперемия, отечность, наличие эрозий и трещин тканей вульвы.

В редких случаях рак вульвы может возникать на фоне визуально неизмененной кожи. При этом жалобы отсутствуют вплоть до появления опухоли.

Инструментальные и лабораторные методы исследований

Анамнез заболевания. Включает оценку жалоб больной с учетом ее возраста, длительности заболевания, частоты рецидивов и их причин,

длительности ремиссий, характера проводимого лечения и его эффективности. Проводится изучение менструальной, репродуктивной и сексуальной функций.

Объективное исследование. При осмотре следует обратить внимание на размеры первичной опухоли, фон, на котором она развивается, ее локализацию, характер роста и состояние подлежащих тканей, цвет кожных покровов, характер волосяного покрова, цвет больших и малых половых губ, преддверия влагалища, выводных протоков бартолиновых желез. Затем выполняют осмотр стенок влагалища и шейки матки с помощью зеркал. При необходимости выполняют ректовагинальное и бимануальное исследования, обязательно проводят пальпацию паховых лимфатических узлов.

Вульвоскопия – осмотр вульвы при увеличении. Выполняется для выбора наиболее подозрительного места прицельного взятия материала для цитологического исследования и биопсии вульвы. Проводится простая и расширенная вульвоскопия. **Простая вульвоскопия** – изучение общей структуры многослойного плоского эпителия с помощью кольпоскопа. **Расширенная вульвоскопия** – осмотр кожных покровов и слизистых оболочек с помощью кольпоскопа после обработки тканей 3% раствором уксусной кислоты, а затем водным раствором Люголя (раствором метиленового синего, гематоксилина, толуидинового синего и др.).

Показания к проведению вульвоскопии:

- изменение цвета – побледнение, покраснение, пигментация и т. д.;
- изъязвления;
- опухолевидные образования;
- кондиломы;
- грибовидные разрастания;
- бородавки, устойчивые к стандартному лечению;
- увеличенные паховые лимфатические узлы.

Для проведения вульвоскопии больную укладывают на гинекологическое кресло. Вначале выполняют простую вульвоскопию, исследуя лобок, малые и большие половые губы, клитор, отверстие мочеиспускательного канала, парауретральную область, преддверие и вход во влагалище, промежность, перианальную область и, в случае необходимости, анальный канал, отыскивая зону патологических изменений. Затем переходят к выполнению расширенной вульвоскопии – маркируют границы патологического(их) участка(ов) 3% раствором уксусной кислоты. Сложность и многообразие эпителиального покрова вульвы делает вульвоскопию очень слож-

ной и трудоемкой процедурой. На толстом и обильно покрытом волосами эпителии, например, на наружной поверхности больших половых губ, признаки сосудистой патологии (мозаицизм, пунктуация) не выявляются, а на малых половых губах, преддверии влагалища кожа тоньше, и это позволяет обнаружить ацетобелые участки с мозаицизмом и пунктуацией. Пробу с уксусной кислотой нужно оценивать не сразу, а через 3–5 минут. Затем выполняют пробу Шиллера с использованием водного раствора Люголя (йод 5,0, йодид калия 10,0, вода дистиллированная до 100 мл) для определения йоднегативных участков, и ее оценивают через 2 минуты или проводят пробу Коллинза. Перед ее выполнением сначала вульву обрабатывают физиологическим раствором натрия хлорида 0,9%, затем наносят 1% водный раствор толуидинового синего и через 2 минуты смачивают 1% раствором уксусной кислоты. Патологические участки остаются окрашенными в синий цвет.

В настоящее время используется классификация вульвоскопических картин, предложенная Н.А. Кривец с соавт. (1976):

- нормальный эпителий вульвы;
- доброкачественные гипертрофические и атрофические воспалительные изменения;
- атипический эпителий (лейкоплакия, пунктуация, мозаика, ацетобелый эпителий, йоднегативная зона);
- ранний рак (грубая и растрескавшаяся лейкоплакия, атипические сосуды, экзофитный рост с изъязвлением).

Цитологическое исследование. Диагностическая точность цитологического метода в диагностике рака вульвы не превышает 40–60%. Это обусловлено наличием изъязвлений, гипер- и паракератоза. Материал для цитологического исследования получают методом скарификации с патологического очага после удаления с него чешуек. Часто в цитологическом мазке обнаруживаются только роговые чешуйки и элементы воспаления.

При наличии увеличенных пахово-бедренных лимфатических узлов проводится их пункция с последующим цитологическим исследованием. Нередко в цитологических препаратах не видны опухолевые клетки, а обнаружаются роговые чешуйки. Это обусловлено тем, что в большинстве случаев рак вульвы является плоскоклеточным ороговевающим, и в пораженных опухолевым процессом лимфатических узлах обнаруживаются роговые жемчужины, которые должны расцениваться как метастатическое поражение лимфатических узлов (рис. 8).

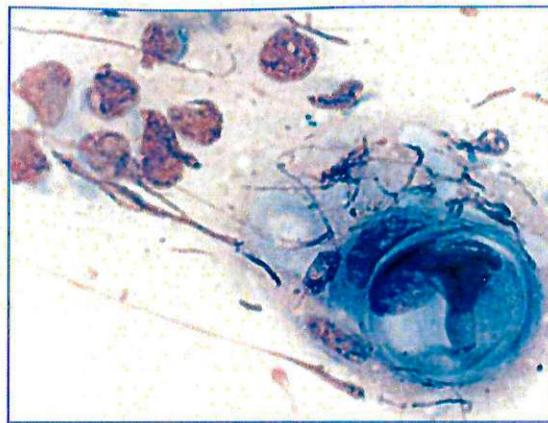


Рис. 8. Роговые жемчужины при плоскоклеточном раке вульвы

Гистологическое исследование – основной метод морфологической диагностики рака вульвы, кроме того, он позволяет идентифицировать наличие вульварной интраэпителиальной неоплазии, определить степень ее выраженности.

Показания к выполнению биопсии вульвы:

- наличие вульварных изменений (опухолевые образования, кондиломы, изъязвления, кровоточащие участки и др.);
- наличие клинических проявлений заболевания вульвы, особенно при отсутствии визуальных изменений;
- отсутствие эффекта от консервативной терапии фоновых заболеваний вульвы.

Место проведения прицельной биопсии вульвы определяют после расширенной вульвоскопии. В асептических условиях осуществляют местную анестезию наиболее подозрительного участка раствором новокаина 0,5–1% или 2% раствором лидокaina и др. Как правило, биопсию вульвы выполняют на границе пораженной и здоровой тканей. Биопсию патологического участка вульвы можно выполнить при помощи конхотома (рис. 9), скальпеля – ножевая биопсия, дерматома Кейсса (рис. 10). При этом удаляется окружный участок кожи диаметром 3–6 мм. Глубина забора материала зависит от приложенного давления. Выполнить биопсию можно и при помощи ножниц или скальпеля. Кожу в месте предполагаемой биопсии захватывают и приподнимают зажимом, затем отсекают у основания ножницами (рис. 11) или скальпелем (рис. 12). Недостатком биопсии вульвы с использованием конхотома является воз-

можность раздавливания ткани по краям биоптата, что создает артефакты при последующем гистологическом исследовании, а также не всегда дает возможность оценить глубину инвазии в подлежащие ткани.



Рис. 9. Биопсия вульвы с помощью конхотома

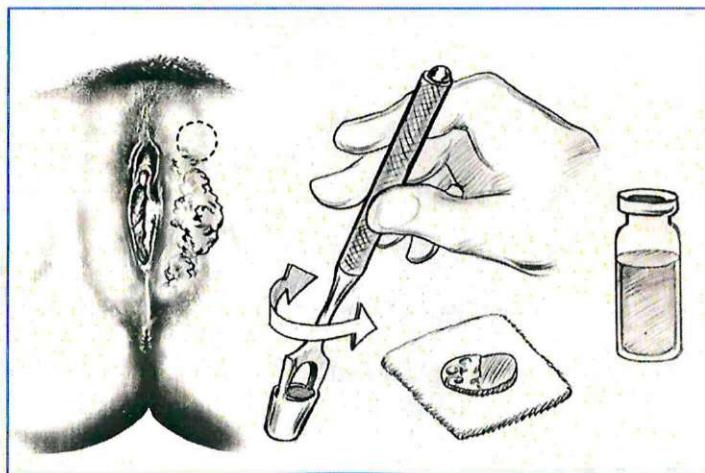


Рис. 10. Биопсия вульвы с помощью дерматома Кейсса

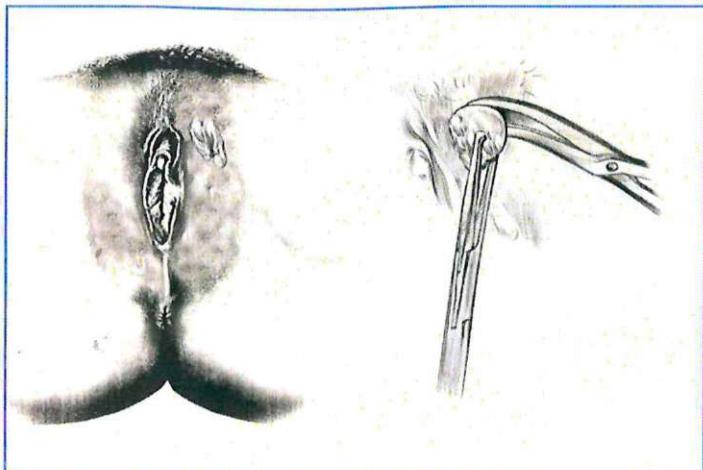


Рис. 11. Биопсия вульвы с помощью ножниц

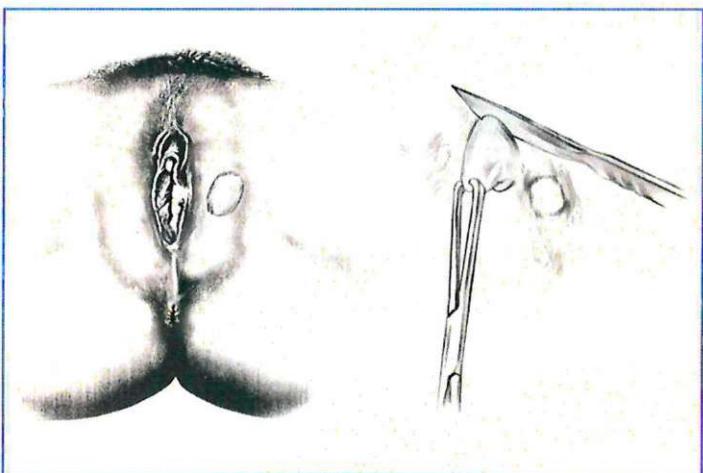


Рис. 12. Биопсия вульвы с помощью скальпеля

В настоящее время широко используется петлевая радиоволновая биопсия (рис. 13) с использованием аппарата Сургетрон (США) (рис. 14) или Фотек (Россия) (рис. 15).



Рис. 13. Петлевая биопсия вульвы

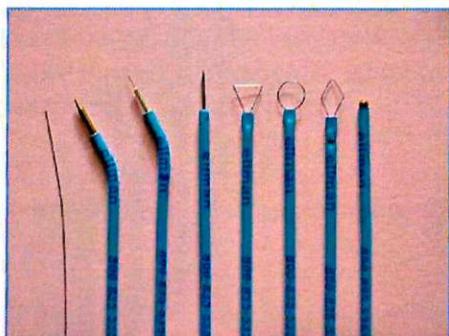
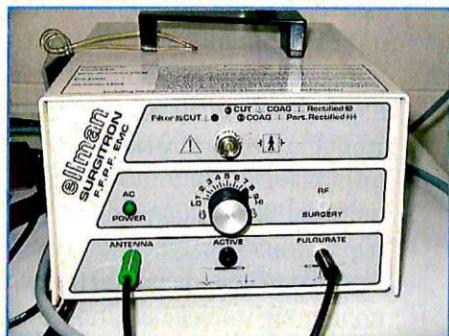


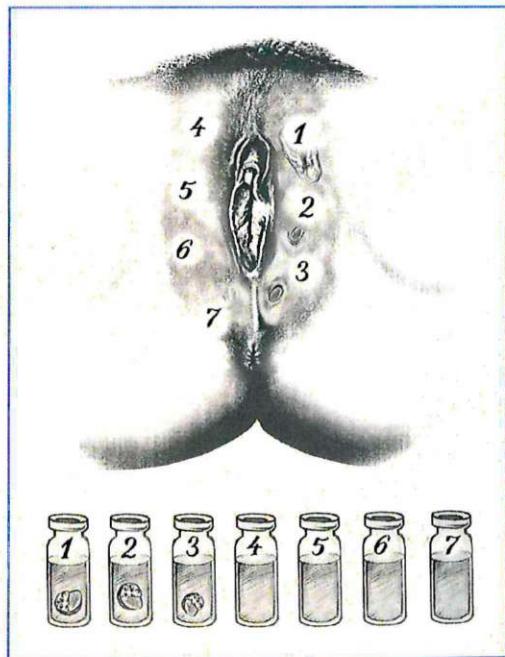
Рис. 14. Аппарат для электрорадиохирургии Сургитрон с аксессуарами



Рис. 15. Аппарат для электрорадиохирургии Фотек

При мультицентричном поражении вульвы, чтобы определить тяжесть поражения и планировать объем хирургического лечения, необходима множественная биопсия. Ее выполняют под общей анестезией в условиях операционной.

Биоптаты помещают во флаконы с забуференным нейтральным раствором 10% формалина (формалин 40% 100 мл, натрий фосфорнокислый однозамещенный двухводный 4,0, натрий фосфорнокислый двухзамещенный 6,5, вода дистиллированная 900 мл), который позволяет использовать в дальнейшем гистологические препараты для иммуногистохимического исследования. При выполнении множественной биопсии биоптаты помещают в про-



*Рис. 16.
Схема мультифокальной
биопсии вульвы*

нумерованные в соответствии с очередностью проведения биопсии флаконы (рис. 16). Гемостаз осуществляют путем наложения гемостатических швов на дефект эпителия или коагулируют рану 5% раствором перманганата калия, 2% раствором нитрата серебра или раствора Монселя (основной сульфат железа 15,0, порошок сульфата железа несколько крупиц, дистиллированная вода 10 мл, глицерин 12,0).

Ультразвуковое исследование пахово-бедренных и подвздошных лимфатических узлов. У многих пациенток, особенно с избыточной массой тела, пахово-бедренные лимфатические узлы могут не пальпироваться. В случае выявления измененных лимфатических узлов проводят прицельную пунктационную биопсию последних под контролем ультразвукового сканирования.

Дополнительные инструментальные методы обследования проводят индивидуально в конкретной клинической ситуации с целью уточнения распространенности опухолевого процесса. К ним относятся: ультразвуковое исследование органов малого таза и брюшной полости, уретроцистоскопия, экскреторная урография (при прорастании в стенку мочевого пузыря, по данным лучевых методов исследования, при переходе опухоли на уретру), ректоскопия (при местно-распространенном процессе или наличии соответствующих жалоб), радиоизотопное и рентгенологическое исследование костей скелета (при подозрении на наличие метастатических поражений костей), рентгенологическое исследование органов грудной клетки (для исключения поражения легких, органов средостения и плевры), компьютерная томография, но предпочтительнее магнитно-резонансная томография малого таза (при трудности уточнения распространения патологического процесса ультразвуковым методом и др.), ЭКГ, консультация терапевта.

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови;
- биохимический анализ крови (билирубин, мочевина, креатинин, общий белок, глюкоза, АлАт, АсАт);
- общий анализ мочи;
- коагулограмма;
- группа крови и резус-фактор;
- определение антител и антигенов к вирусам гепатитов В, С, сифилису.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика при раке вульвы проводится со следующими заболеваниями:

- воспалительными;
- венерическими;
- язвами;
- дерматомикозами;
- дерматозами;
- пигментными и вирусными;
- атрофическими и склеротическими процессами;
- доброкачественными опухолями.

Скрининг. Скрининга рака вульвы в настоящее время не существует.

Профилактика. Профилактика заключается в своевременной диагностике и лечении фоновых и предраковых заболеваний вульвы.

ЛЕЧЕНИЕ

Выбор адекватного лечения при раке вульвы зависит от размеров первичной опухоли, ее локализации, наличия и выраженности сопутствующей соматической и психоневрологической патологии, возраста больной. Основные методы лечения рака вульвы – хирургический и комбинированный, включающий лучевую терапию.

Хирургический метод лечения является ведущим при лечении больных раком вульвы и применяется самостоятельно или в комбинации с лучевой терапией. Осуществляется хирургическое лечение в стационарных условиях специализированного онкологического учреждения.

Существуют следующие варианты хирургического лечения: радикальные операции – радикальная вульвэктомия с удалением регионарных (пахово-бедренных) лимфатических узлов; радикальная вульвэктомия с удалением пахово-бедренных и подвздошных лимфатических узлов; простая вульвэктомия.

Лечение по стадиям

Стадия 0 (интрапитиэльная неоплазия вульвы и *carcinoma in situ*). Используется только хирургический метод лечения – широкое иссечение, на 0,5–1 см отступив от края опухоли, лазерная абляция или их комбинация. При значительной протяженности поражения выполняется простая вульвэктомия.

Инвазивный рак вульвы. Применяют хирургический, комбинированный и лучевой методы.

IA стадия (микроинвазивный рак) – выполняется простая вульвэктомия или широкое иссечение со значительным захватом подлежащих тканей. Лимфаденэктомия не выполняется.

IV стадия – выполняется радикальная вульвэктомия с пацово-бедренной лимфаденэктомией на стороне поражения при латеральном расположении опухоли. Поражение контралатеральных лимфатических узлов при Т1 не превышает 1%.

Показания к выполнению двусторонней пацово-бедренной лимфаденэктомии – медиальное расположение опухоли вульвы, особенно в области клитора.

При наличии общих противопоказаний к хирургическому лечению при небольшой поверхности опухоли в области больших и малых половых губ (при глубине инвазии в подлежащие ткани не более 5 мм) проводится внутритканевая гамма-терапия в суммарной дозе 60 Гр.

II стадия – выполняют радикальную вульвэктомию с двусторонней пацово-бедренной лимфаденэктомией.

Послеоперационная лучевая терапия проводится на пацово-бедренную зону и лимфатические узлы малого таза.

Показания:

- наличие двух и более микрометастазов (менее 5 мм) в пацовых лимфатических узлах;
- наличие одного и более макрометастазов в пацовых лимфатических узлах (диаметром более 10 мм);
- экстракапсулярный рост.

При наличии одного микрометастаза послеоперационная лучевая терапия не проводится. Лучевую терапию на пацово-бедренные зоны проводят электронным пучком и гамма-излучением в СОД 46–50 Гр, облучение таза в СОД 40–50 Гр.

Облучение пацово-бедренных зон и лимфатических узлов малого таза проводят с обеих сторон.

IIIА–IVA стадии – при местнораспространенном процессе и резекционной опухоли лечение начинают с хирургического метода – радикальной вульвэктомии с резекцией (экстирпацией) пораженных органов и двусторонней пацово-бедренной или пацово-бедренно-подвздошной лимфаденэктомии. В послеоперационном периоде проводят дистанционную лучевую терапию на пацово-бедренные зоны и лимфатические узлы малого таза. При наличии опухолевых клеток в крае резекции первичной опухоли проводят облучение вульварного кольца – облучение электронным пучком в СОД 40–50 Гр. СОД на зону лимфатических узлов составляет 50 Гр.

При распространенном опухолевом процессе в области вульвы на первом этапе с целью уменьшения размеров опухоли и повышения резекта-

бельности проводят лучевую или химиолучевую терапию. Облучение вульвы проводят в традиционном режиме по 2 Гр ежедневно 5 дней в неделю электронным пучком в СОД 35–40 Гр. Зоны регионарного метастазирования при клинически определяемых метастазах в лимфатических узлах в СОД 40 Гр. При проведении химиолучевого лечения в качестве радиомодификатора используют фторурацил или цисплатин.

IVB стадия. При множественных отдаленных метастазах лечение носит паллиативный характер. При переносимости назначается химиотерапия. Хирургическое лечение и лучевая терапия проводятся с санитарной и симптоматической целями.

Таблица 2

Лечение рака вульвы по стадиям

Стадии	Методы лечения
0, <i>cancer in situ</i>	локальное иссечение опухоли
IA стадия	радикальная вульвэктомия или широкое иссечение опухоли; внутритканевая брахитерапия
IB стадия	Радикальная вульвэктомия + двусторонняя пахово-бедренная лимфоденэктомия ² + послеоперационная лучевая терапия ³ ; лучевая терапия на первичный очаг и регионарные лимфатические узлы ¹
II стадия	радикальная вульвэктомия + двусторонняя пахово-бедренная лимфоденэктомия + послеоперационная лучевая терапия ³ ; предоперационная лучевая терапия (при больших опухолях клитора, задней спайки и промежности) + радикальная вульвэктомия + двусторонняя пахово-бедренная лимфоденэктомия; радикальная химиолечевая терапия на первичный очаг и регионарные лимфатические узлы ¹
III стадия	радикальная вульвэктомия + двусторонняя пахово-бедренная лимфоденэктомия + послеоперационная лучевая терапия ³ ; предоперационная лучевая терапия (при нерезектабельной опухоли) + радикальная вульвэктомия + пахово-бедренная лимфоденэктомия; радикальная химиолечевая терапия на первичный очаг и регионарные лимфатические узлы ¹
IV стадия и рецидивы	лечение определяется индивидуально: различные объемы оперативного вмешательства; паллиативная лучевая терапия; паллиативная полихимиотерапия с применением фторурацила и/или цисплатина

Примечания:

¹при общесоматических противопоказаниях к операции;

²при инвазии в ткань менее 1 мм, латеральной локализации, высокой степени дифференцировки опухоли возможно радикальное иссечение опухоли и односторонняя пахово-бедренная лимфоденэктомия;

³при нерадикальном удалении опухоли в случае наличия метастазов в паховых и/или бедренных лимфатических узлах показано дополнительное облучение зон пахово-бедренных и подвздошных лимфатических узлов.

Лучевой метод лечения

В качестве радикального самостоятельного метода лечения лучевая терапия применяется при абсолютных противопоказаниях к операции в связи с выраженной декомпенсированной сопутствующей соматической патологией и распространенными формами рака вульвы, при метастазировании и рецидивировании заболевания. Расположение опухоли в области уретры, влагалища, ануса или переход на них резко снижают роль хирургического вмешательства и повышают значение лучевого компонента лечения.

Современные радиотерапевтические технологии обеспечивают гарантию качества лучевой терапии в различных лечебных программах, оптимизируют варианты лучевой терапии с различными видами и энергиями ионизирующего излучения с использованием дистанционных, внутривиполостных, внутритканевых и аппликационных методов облучения (Марынина Л.А., Чахонадский В.Н., 1991; Фадеева М.А., 1996; Крикунова Л.И., Мардынский Ю.С., 2006; Dreeban C., Donoghye J.A., 1994).

Предоперационная лучевая терапия проводится с целью уменьшения объема первичной опухоли, уменьшения объема оперативного вмешательства и снижения послеоперационных осложнений у больных раком вульвы с местнораспространенным процессом (II–III стадии).

Послеоперационная лучевая терапия проводится после выполнения сомнительно радикальных операций с целью снижения частоты возникновения локальных и локорегионарных рецидивов заболевания.

Паллиативная и симптоматическая лучевая терапия проводятся при местнораспространенном процессе и рецидивах заболевания с целью улучшения качества жизни больных раком вульвы и направлена на снижение выраженности боли, кровотечения, воспаления и т. д.

Близкофокусная рентгенотерапия применяется при опухолях, не сопровождающихся глубокой инфильтрацией подлежащих тканей. Облучение

проводят с одного или нескольких полей в зависимости от размеров опухоли. Поле облучения должно включать опухоль и окружающие ткани не менее 1 см от ее краев. Разовая доза составляет 2,5–3 Гр, СОД – 25–30 Гр.

Дистанционная гамма-терапия используется для воздействия на первичный очаг при наличии инфильтрации подлежащих тканей. При проведении традиционного режима фракционирования РОД составляет 2 Гр, СОД – 25–30 Гр.

Методом выбора при проведении лучевой терапии в настоящее время является облучение электронами с энергией 10–15 МэВ. При предоперационном облучении в зону воздействия включают первичную опухоль. РОД на область первичной опухоли составляет 3 Гр, СОД – 35–40 Гр (Леонов М.Г., 2002).

При дистанционной лучевой терапии первичного очага размеры полей облучения, проводящегося с учетом размеров опухоли и используемого источника облучения, составляют 4–8x5–8 см, зоны регионарного метастазирования – 8–10x10–12 см, при облучении подвздошных лимфатических узлов – 4–6x14–16 см.

При проведении дистанционной лучевой терапии первичного очага применяются следующие режимы фракционирования:

– классическое фракционирование РОД 2 Гр ежедневно 5 дней в неделю до СОД 40 Гр и СОД 60 Гр на зоны регионарного метастазирования;

– гиперфракционирование РОД 3–4 Гр с дневным дроблением дозы через 4–5 часов до СОД 39 Гр;

– динамическое фракционирование с учетом темпа регресса опухоли с 1-го по 3-й день РОД 4 Гр. С 4-го дня РОД 3 Гр с дневным дроблением дозы по 1,5 Гр через 4–5 часов 2 раза в день СОД 33 Гр (Новожилов М.В., 2004; Крикунова Л.И., Мардынский Ю.С., 2006).

Облучение зон регионарного метастазирования проводится в классическом режиме фракционирования РОД 2 Гр ежедневно 5 дней в неделю или в режиме гиперфракционирования РОД 3–4 Гр с добавлением дневной дозы до СОД 33 Гр.

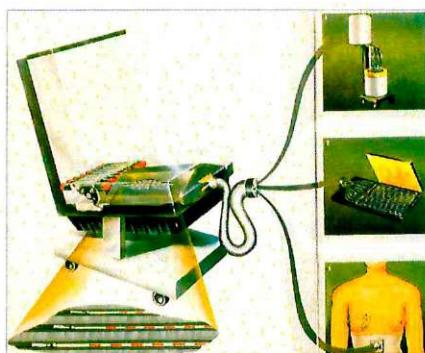
При проведении только лучевой терапии на область первичного очага СОД должна составлять не менее 60 Гр.

Контактное облучение первичной и рецидивной опухолей предполагает использование внутритканевого, внутриполостного и аппликационного облучения. Преимущество этих методов заключается в возможности подведения непосредственно к опухоли высоких поглощенных доз с достаточно гомогенным распределением по терапевтическому контуру

(Крикунова Л.И., Мардынский Ю.С., 2006). РОД при внутриполостной лучевой терапии составляет 3–7 Гр на глубину 0,5 см от поверхности при СОД 20–30 Гр.

Внутритканевая лучевая терапия характеризуется непосредственным размещением источника облучения в ткани опухоли и высоким градиентом мощности дозы на границе с нормальной тканью, что ведет к более локальному распределению поглощаемой дозы в зоне роста опухоли и щадению окружающих здоровых тканей.

В настоящее время для проведения внутритканевой лучевой терапии применяют аппараты MicroSelectron-LDR (рис. 17) и MicroSelectron-HDR (рис. 18), использующие в качестве источников излучения гибкие сборки на основе ^{137}Cs (нормальная активность одной гранулы около ^3mCi), шагающий источник ^{192}Ir (нормальная активность одной гранулы ^{10}Ci) со-



ответственно.

Рис. 17. Apparat MicroSelectron-LDR

Аппараты представляют собой многоканальные системы, позволяющие одновременно или последовательно использовать до 12–18 каналов с гибкими или жесткими интрастатами. Контроль за введением источников проводится дистанционно, что исключает дополнительную лучевую нагрузку на персонал в процессе облучения. Использование источников излучения ^{137}Cs и ^{192}Ir дает возможность подвести к облучаемому объему высокую локальную дозу, необходимую для резорбции опухоли, и значительно снизить дозу облучения прилежащих к опухоли органов и тканей по сравнению с излучением от источника ^{60}Co .



Рис. 18. Аппарат MicroSelectron-HDR

Проведение внутритканевой лучевой терапии предполагает использование шаблона MUPIT, позволяющего осуществить введение игл в ткани с сохранением заданной геометрии, соответствующей форме и объему опухоли. MUPIT представляет собой шаблон с набором игл разной длины: от 10 до 22 мм диаметром 1,8 мм (рис. 19).

Для проведения внутритканевой лучевой терапии чаще всего используются иглы диаметром 1,2–1,8 мм. Пластина промежностного имплантата, изготовленная из пласти массы, имеет множество отверстий для игл, позволяющих широко варьировать расстояния для создания необходимого распределения дозы в тканях опухоли.

Выполнение внутриполостной и внутритканевой лучевой терапии проводится в палате закрытых источников излучения (рис. 20). Осложнения внутритканевой лучевой терапии: инфекционные осложнения, кровотечения, выпадение игл.

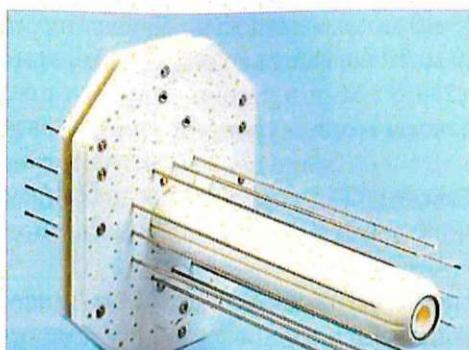


Рис. 19. Промежностный шаблон MUPIT в собранном виде

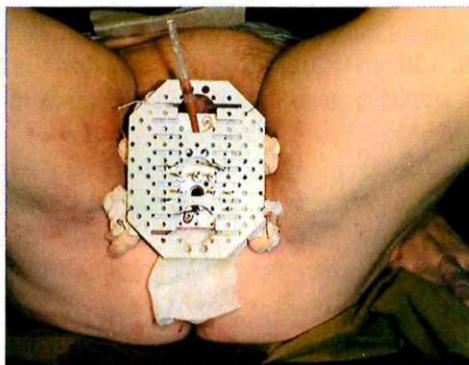


Рис. 20. Общий вид: формирующие пластины с интрастатами, введенными в мягкие ткани промежности (без фиксирующей пластины). Выполнение внутриволостной и внутритканевой лучевой терапии

Химиотерапевтический метод лечения

Химиотерапия применяется при местно-распространенном раке вульвы, при наличии отдаленных метастазов и рецидиве заболевания. Используют следующие схемы химиотерапии:

Монохимиотерапия

Фторурацил используется в стандартных режимах или в виде длительной внутривенной инфузии по $1 \text{ г}/\text{м}^2$ в сутки непрерывно с 1-го по 5-й дни. Курсы повторяют через 3 недели.

Цисплатин по 75–10 мг/м² в/в капельно однократно с гидратацией каждые 3 недели или по 20 мг/м² в/в капельно с 1-го по 5-й дни каждые 3 недели.

Иофосфамид 1,2–1,5 г/м² в/в капельно с 1-го по 5-й дни каждые 3 недели с использованием месны (уропротектор) из расчета 100% к дозе иофосфамида.

Паклитаксел (Таксол) 175 мг/м² в/в 3-часовая инфузия 1 раз в 3 недели с предварительной премедикацией дексаметазоном, димедролом и фаматедином.

Доцетаксел (Таксотер) 100 мг/м² одночасовая инфузия 1 раз в 3 недели с общепринятой пре- и постмедициацией дексаметазоном.

Иринотекан (Кампто) 250–300 мг/м² в/в инфузия в течение 90 минут каждые 3 недели. У больных старше 70 лет и с общим состоянием по критериям ВОЗ 2 и менее используются дозы менее 300 мг/м². Другие комбинации введения иринотекана: 100 мг/м² один раз в неделю на протяжении 3–4 недель или 150 мг/м² один раз в 2 недели.

Топотекан 1,5 мг/м² в день в/в в течение 5 дней через каждые 4 недели.

Полихимиотерапия

Иринотекан (Кампто) 60 мг/м² в/в в течение 90-минутной инфузии в 1-й, 8-й, 15-й дни или в 1-й и 8-й дни.

Цисплатин 60 мг/м² в/в капельно с гидратацией в 1-й день или 40 мг/м² в 1-й и 8-й дни.

Курс повторяют каждые 4 недели.

Иринотекан 180 мг/м² в/в в течение 90-минутной инфузии в 1-й день.

Цисплатин 75 мг/м² в/в с гидратацией в/в в 1-й день.

Курсы повторяют каждые 3 недели.

Гемцитабин (Гемзар) 800–1000 мг/м² в/в в 1-й и 8-й дни.

Цисплатин 80 мг/м² в/в с гидратацией.

Курсы повторяют каждые 3 недели.

Винорельбин (Навельбин) 25 мг/м² в/в в 1-й и 8-й дни.

Цисплатин 80 мг/м² в/в с гидратацией.

Курсы повторяют каждые 3 недели.

Паклитаксел (Таксол) 135 мг/м² в/в в течение 3-часовой инфузии с премедикацией дексаметазоном, димедролом и фаматидином.

Цисплатин 60–80 мг/м² в/в с гидратацией в первый день.
Курсы повторяют каждые 3 недели.

Доцетаксел (Таксотер) 75 мг/м² в/в в течение одночасовой инфузии с пре- и постмедицинацией дексаметазоном.

Цисплатин 75 мг/м² в/в с гидратацией в 5-й день.
Курсы повторяют каждые 3 недели.

Доксорубицин 60–75 мг/м² в/в в 1-й день.
Блеомицин 15 мг/м² в/в или в/м в 1-й и 8-й дни.
Курсы повторяют каждые 3 недели.

Карбоплатин AUC 4 в/в капельно в 1-й день.
Ифосфамид 1,5 г/м² в/в капельно в 1-й–3-й дни с местной 100% от дозы ифосфамида.
Курсы повторяют каждые 3 недели.

Блеомицин 10 мг/м² в/м 2 раза в неделю в течение 2–3 недель.
Метотрексат 10 мг/м² внутрь 2 раза в неделю в течение 2–3 недель.

Митомицин 10 мг/м² в/в в 1-й день.

Фторурацил 1г/м² в/в в течение 24-часовой инфузии, начиная через 30 мин после митомицина, ежедневно в 1-й–3-й дни.

Рецидивы рака вульвы. План лечения зависит от размеров рецидива, его расположения, с учетом ранее проведенного лечения.

Комбинированное лечение. При ограниченном поражении выполняют широкое иссечение опухоли с последующей дистанционной лучевой терапией. РОД 2 Гр в СОД 40 Гр.

При рецидивах в зонах регионарного метастазирования проводится дистанционная лучевая терапия с радиомодификацией (цисплатин, фторурацил) в СОД 30–40 Гр и зависит от уровня ранее подведенных доз с возможной последующей операцией (пахово-бедренной или пахово-бедренно-подвздошной лимфаденэктомией).

Самостоятельная лучевая терапия. Выполняется при неудаленных рецидивах.

При невозможности выполнения хирургической операции и лучевого лечения проводят химиотерапию.

Прогноз. Результаты лечения и прогноз у больных раком вульвы зависят от распространенности процесса, локализации и гистологического строения опухоли, наличия метастазов в регионарных лимфатических узлах, радикальности проведенного лечения, а также от возраста, наличия и выраженности сопутствующей соматической патологии.

При I стадии заболевания показатель 5-летней выживаемости составляет 68–75%, при II стадии – 42–49%, при III стадии – 27–35%, при IV стадии – 3–12%. При локализации опухоли в области клитора 5-летняя выживаемость составляет 45%, в области больших половых губ – 56%, в области малых половых губ – 69% (Леонов М.Г., 2002, Труфанов Г.Е., 2012).

После комбинированного лечения 5-летняя выживаемость составляет 56,3–84,2% (Бохман Я.В., 1989; Lisse K., 1964), после сочетанного лучевого лечения – 43,5–50% (Lorchmuller H., 1983; Torhnsn J., 1984).

При микроинвазивном раке вульвы показатель 5-летней выживаемости составляет 81,3%, при плоскоклеточном ороговевающем – 55%, при плоскоклеточном неороговевающем – 38%.

Немаловажным прогностическим признаком является наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах: при возникновении метастазов 5-летняя выживаемость составляет 53,8%, а при их отсутствии – 84,4% (Новожилов М.В., 2004).

У больных пожилого и старческого возраста прогноз заболевания ухудшается не только за счет смертности от интеркуррентных заболеваний, невозможности выполнения радикального лечения, и особенно хирургического, выраженной сопутствующей соматической патологии, но и из-за высокой частоты лимфогенного метастазирования.

Диспансерное наблюдение за больными раком вульвы после проведенного лечения осуществляют врач-онкогинеколог.

Первый год после окончания лечения – 1 раз в 3 месяца.

2-й–4-й годы – 1 раз в 6 месяцев.

5-й и последующие годы – 1 раз в год.

Объем обследования:

– клиническое обследование;

– взятие мазков для цитологического исследования из вульвы, влагалища, цервикального канала шейки матки, влагалищной порции шейки матки;

– вульвоскопия, вагиноскопия, кольпоскопия;

– гинекологическое исследование;

– УЗИ органов брюшной полости, органов малого таза при наличии жалоб;

- пальпация паховых лимфатических узлов;
- УЗИ паховых лимфатических узлов (по показаниям);
- рентгенологическое исследование органов грудной полости (по показаниям или не реже 1 раза в год);
 - сцинтиграфия костей таза (по показаниям);
 - РКТ или МРТ (по показаниям);
 - цистоскопия (по показаниям);
 - экскреторная урография (по показаниям);
 - ректоскопия (по показаниям).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Багиш М. Кольпоскопия. Атлас-справочник. – М.: Практика, 2008. – 865 с.
2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – Л.: Медицина, 1989. – 464 с.
3. Бохман Я.В., Койро М.А., Таджибаева Ю. Злокачественные опухоли вульвы. – Ташкент: Медицина УзССР, 1986. – 160 с.
4. Важенин А.В., Жаров А.В., Шимоткина И.Г. Актуальные вопросы клинической онкогинекологии. – М.: ООО Фирма «СТРОМ», 2010. – 128 с.
5. Гинекология по Эмилию Новаку / под ред. Дж. Берека, И. Адаши и П. Хиллард. – М.: Практика, 2002. – 892 с.
6. Диагностика и лечение злокачественных новообразований: Клинические рекомендации / под ред. В.И. Чиссова. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2013. – 599 с.
7. Клинические рекомендации. Онкология / под ред. В.И. Чиссова. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2006. – 720 с.
8. Крикунова Л.И., Мардынский Ю.С. Лучевое и химиотерапевтическое лечение рака вульвы // Практическая онкология. – 2006. – Т. 7. – № 6. – С. 216–220.
9. Леонов М.Г. Лучевое и комбинированное лечение больных раком вульвы: Дис. ... канд. мед. наук. – Обнинск, 2002. – 131 с.
10. Лучевая терапия: Учебник / под ред. Г.Е. Труфанова. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2012. – 208 с.
11. Марынина Л.А., Чехонадский В.Н. Радиобиологическое планирование внутривлагалищного фракционного облучения источником ^{252}Cf высокой активности // Стандартизация лучевой терапии. – Л., 1991. – С. 6–7.
12. Новожилов М.В. Оптимизация лучевого компонента в лечении больных местнораспространенным раком вульвы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 24 с.
13. Практическая онкогинекология: Руководство для врачей / под ред. А. М. Гранова, В. Л. Винокурова. – СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2012. – 320 с.
14. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / под ред. Н.И. Переводчиковой. – 2-е изд., доп. – М.: Практическая медицина, 2005. – 704 с.
15. Уйманов В.А. Внутритканевая гамма-терапия в сочетанном лучевом и комбинированном лечении больных раком вульвы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1997. – 24 с.
16. Фадеева М.А. Дозиметрическое обеспечение внутривлагалищной лучевой терапии гинекологического рака // Мед. радиол. и рад. безопасность. – 1996. – Т. 41. – № 2. – С. 53–58.
17. Шафи М.И. Кольпоскопия. Практическое руководство. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 104 с.
18. Deeban C.G., Donogyue J.A. Biological Equivalence of LDR and HDR Brachytherapy // In Brachytherapy from Radium to Optimization. – 1999. – P. 19–37.
19. Lisse K. Results of surgical treatment and betatron therapy of Avulvar carcinoma // Zbl. Gynecol. – 1964. – № 86. – S. 681–687.
20. Lorchmuller H. Surstellung der Strahlentherapie bei der Behandlung des Vulvakarzinoms // Radiologis. – 1983. – № 23. – S. 24–28.

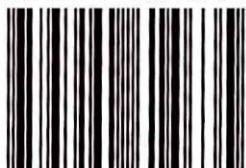
СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	5
Предисловие	6
Рак вульвы	8
Эпидемиология	8
Основные черты патологии	8
Основные факторы риска развития злокачественных новообразований вульвы	9
Группы риска	9
Классификация рака вульвы	11
Метастазирование	14
Диагностика	15
Инструментальные и лабораторные методы исследований	17
Дифференциальная диагностика	25
Скрининг	26
Профилактика	26
Лечение	26
Хирургический метод лечения	26
Лучевой метод лечения	29
Химиотерапевтический метод лечения	33
Рецидивы рака вульвы	35
Прогноз	36
Диспансерное наблюдение	46
Библиографический список	38

**РАК ВУЛЬВЫ.
Диагностика и лечение**

Пособие для врачей

ISBN 978-5-9906146-3-5



9 785990 614635

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Онкологический диспансер № 3»
министерства здравоохранения Краснодарского края
353915, г. Новороссийск, ул. Лейтенанта Шмидта, 7, телефон: 8 (8617) 64-55-22,
www.novondis.ru

Подписано в печать 20.08.2017. Формат 60x84 1/16.
Печать офсетная. Тираж 500 экз.