

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ВУЛЬВЫ I – II СТАДИЙ

Кайрбаев М.Р., Шалбаева Р.Ш., Макимбетов Э.К.

Казахский НИИ онкологии и радиологии

Алматы, Республика Казахстан

Резюме. В данной оригинальной статье авторы представили некоторые результаты хирургического лечения рака вульвы I-II стадий. Были проанализированы две группы пациенток раком вульвы с использованием ретроспективного метода исследования. Сравнены два метода хирургического лечения – раздельным и единым доступом по типу «бабочки». Произведена оценка периоперационного и послеоперационного периодов после вульвэктомии – количество удаленных лимфоузлов, длительность операции, инфекционные осложнения, необходимость в переливании крови и кровезаменителей, длительность госпитализации.

Ключевые слова: рак вульвы, операция, раздельное иссечение.

SURGICAL TREATMENT IN STAGE I-II OF VULVAR CANCER

Kayrbaev M.R., Shalbaeva R.Sh., Makimbetov E.K.

Kazakh SRI oncology and radiology

Almaty, Republic of Kazakhstan

Resume. In this article the authors presented some results of surgical treatment of vulvar cancer (stage I-II). There were compared two methods of surgery – separated and “butterfly” incisions. Also the authors analyzed two groups of patients with vulvar cancer. There were used retrospective methods. The authors analyzed perioperative and post operative periods after vulvectomy regarding number of removed lymph nodes, long time of surgery, infectious complications, and hospitalization time.

Key words: vulvar cancer, surgery, separated incision

Введение.

Среди онкогинекологических заболеваний рак вульвы (РВ) составляет от 2 до 4% [1]. Заболеваемость относительно высокая в развитых странах мира. До сих пор не существует единого подхода к хирургическому лечению РВ [3]. Учитывая высокую запущенность опухолевого процесса при первичном поступлении, пятилетняя выживаемость при РВ остается не высокой и составляет 40-45% для всех стадий [4]. При начальных стадиях и проведении адекватного хирургического лечения удается добиться 70-80% выживаемости [2, 5].

Материал и методы исследования.

Исследование охватывало когорту больных (n=33) раком вульвы за период с 2003 по 2012 гг. критериями для включения в исследование были: пациентки раком вульвы I – II стадий, не имеющие противопоказаний для хирургического лечения и желающие провести операцию.

Были оценены следующие характеристики: средний возраст, техника оперативного вмешательства по методу «бабочки» и раздельного поперечного разреза, длительность оперативного вмешательства, переливание крови, частота инфекций, состояние краев раны на наличие опухоли. Результаты исследования были сравнены с данными, полученными при

изучении пациенток РВ между 2003-2012 гг. и 1994-2002 гг. (контрольная группа). Все пациентки РВ в контрольной группе (n=23) получили хирургическое лечение по методу «бабочки».

Радикальная вульвэктомия выполнялась 2 способами или методами: раздельным разрезом и одним разрезом по типу «бабочки».

При первом способе разрез выполнялся раздельно для вульвы и отдельно для удаления лимфоузлов. Иссечение начиналось с поперечного разреза над симфизом лонной кости с продолжением в бок для доступа и удаления паховых лимфоузлов, поверхностных бедренных, правых и левых глубоких бедренных лимфоузлов. Закрытие операционной раны производилось внутрикожными швами. Далее операция сопровождалась отдельным разрезом для выполнения вульвэктомии. При этом проводились мероприятия по сохранению и защите уретры. Разрез доходил до области клитора. Хирургические области лимфаденоэктомии и вульвэктомии располагались под кожей, а удаление желез и лимфоузлов выполнялось вместе с окружающими тканями. Закрытие раны производилось внутрикожными швами с дренированием от паховой области до вульвы.

При втором способе радикальной вульвэктомии (контрольная группа) выполнялся

единый разрез в виде бабочки.

В послеоперационном периоде пациентки находились в постельном режиме мобилизации в течение 4-х дней. Некоторым больным назначалась лучевая терапия после полного заживления послеоперационной раны.

Лечение было проведено в отделении онкогинекологии Каз НИИ О и Р.

Результаты исследования.

За период нашего изучения (2003 -2012 гг.) 33 больных раком вульвы с I - II стадиями опухолевого процесса были подвергнуты хирургическому лечению – радикальной вульвэктомии и отдельными разрезами. Также были оценены характеристики больных в ретроспективном или историческом контроле. Средний возраст, гистологическая картина и распределение больных по стадиям представлены в табл. 1.

Из данной таблицы видно, что средний возраст пациенток раком вульвы был примерно одинаковым в обеих группах. В основной группе средний возраст больных был несколько ниже. При гистологическом исследовании было выявлено, что в подавляющем большинстве опухоли в обеих группах были представлены плоскоклеточным раком (90,9% в основной и 91,3% в контрольной группах). Реже злокачественные опухоли вульвы были представлены аденокарциномой.

Другие характеристики пац ток раком вульвы, связанные с периоперационным периодом представлены в следующей таблице (№2).

Из представленных результатов видно, что количество метастазов в регионарные лимфоузлы в обеих группах пациентов было примерно одинаковым, и колебалось от 17% до 18%. Среднее число удаленных лимфоузлов при

Таблица 1. Основные характеристики пациенток раком вульвы

Характеристики	Основная группа	Контрольная группа
Средний возраст	56,2 ± 4,4 лет	58,3 ± 3,9 лет
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%)

Таблица 2. Клинические и периоперационные характеристики больных раком вульвы

Характеристики	Основная группа	Контрольная группа
Метастазы в лимфоузлы	6 (18,2%)	4 (17,4%)
Число лимфоузлов	41,4	28,2
Частота инфекций: - инфекции (+) - инфекции (-)	9 (27,3%) 24 (72,7%)	12 (52,2%) 11 (47,8%)
Переливание крови: - кровь (+) - кровь (-)	6 (18,2%) 27 (81,8%)	4 (17,4%) 19 (82,6%)
Длительность операции	170,2 ± 14,8 мин	257,4 ± 12,1 мин
Длительность госпитализации	14,1 ± 1,1 день	22,2 ± 1,3 день

вульвоэктомии было почти в два раза больше в основной группе, чем в контрольной. Это объясняется относительно большим число проведенных операций в основной группе пациенток. Частота инфекционных осложнений в группе больных с раздельным разрезом была статистически достоверно меньше, чем в группе больных оперированных способом «бабочки» - 27,3% и 52,2%, соответственно. Переливание эритроцитарной массы и нативной плазмы в обеих группах проводилось примерно с одинаковой частотой – около 18% случаев.

Длительность оперативного вмешательства в основной группе больных составила 170,2 мин, а в контрольной группе она была равна 257,4 мин. Разность была статистически достоверной ($p < 0,001$). 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 дней, а в контрольной – 22,2 дня.

Обсуждение результатов исследования.

Результаты нашего исследования показали, что рак вульвы является относительно редкой разновидностью гинекологического рака в Казахстане. Примерно такая же ситуация обстоит и в других странах Азиатского континента. Относительно результатов хирургического лечения пациенток раком вульвы, существуют различные 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 довольно удовлетворительные исходы. При этом, 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.

Заключение.

Хирургическое лечение рака вульвы I-II стадий по методу раздельного доступа является оптимальным методом лечения. 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 лимфаденоэктомией при ранних стадиях заболевания.

Литература:

1. Hacker N.F. *Vulvar cancer*. In: Berek J.S., Hacker N.F. ed. *Practical Gynecologic Oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. – P. 553-596.
2. Makar A.P.H., Scheistroen M., Weyngaert V.D, Trope C.G. *Surgical management of stage I and II vulvar cancer: the role of the sentinel node biopsy. Review of the literature. //Int J Gynecol Cancer*. – 2001. – V.11. – P.255-262.
3. 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.
4. Andrijono, M. Farid Aziz, N. Kampono. *Surgical management of stage I and II vulvar cancer: The role of the separated incision //J Med Indon*. – 2003. – V.12, No 2, - P.103-110
5. Maaïke Henrike Marije Oonk. *New diagnostic and therapeutic options in early-stage/ VULVAR CANCER*. – 2011. – 152 pp.