

11. Mokdad A.H., Bowman B.A., Ford E.S. et al. The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States // JAMA. – 2001. – Vol. 286. – P. 1195-2000.

12. Naef M. et al. Outcome and complications after laparoscopic swedish adjustable gastric banding: 5-

year results of a prospective clinical trial // Obes. Surg. – 2007. – Vol. 17. – P. 195-201.

13. Suter M. et al. Lapband versus SAGB for morbid obesity. Long-term results of a prospective randomized trial // 16 th. World Congress of IFSO. – Hamburg, 2011.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РАКА ВУЛЬВЫ У БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Г.А. Неродо, Е.М. Непомнящая, Е.А. Неродо

ФГБУ Ростовский Научно-исследовательский онкологический институт

Неродо Галина Андреевна, главный научный сотрудник Ростовского Научно-исследовательского онкологического института, член-корр. РАМН, д-р мед. наук, профессор,
Непомнящая Евгения Марковна, руководитель патологоанатомического отделения, д-р мед. наук, профессор,
Неродо Екатерина Алексеевна, клинический ординатор Ростовского Научно-исследовательского онкологического института,
344037, Россия, г. Ростов-на-Дону, 14-я линия, д. 63,
тел. 8 (928) 163-46-87,
e-mail: rnoi@list.ru, nerodok@bk.ru

Изучена частота рака вульвы у больных репродуктивного возраста (до 50 лет) и особенности клинического течения данного заболевания. За последние 30 лет в отделении гинекологии РНИОИ подверглись лечению 839 больных раком вульвы в возрасте от 20 до 90 лет. Группа больных репродуктивного возраста от 20 до 50 лет включала в себя 64 пациентки (7,6%). Рак вульвы у больных репродуктивного возраста выявлялся в ранних стадиях в большем количестве, чем у пожилых больных. Неуродистрофические процессы на вульве отмечены у молодых больных значительно реже. У больных до 40 лет почти у 80% отмечены признаки вируса папилломы человека, в группе от 41 до 50 лет - только у 50%, а среди больных старшего возраста инфицированность вирусом папилломы наблюдалась только в единичных случаях - 0,48%. Молодым больным при строгом индивидуальном подходе возможно выполнение органосохраняющих операций. Лечение больных раком вульвы, особенно с распространенным злокачественным процессом, желательно проводить комплексное, с использованием неоадьювантной и многокурсовой адьювантной химиотерапии. Рецидивы заболевания у больных репродуктивного возраста возникают несколько реже, чем у пожилых. Для лечения рецидивов заболевания с целью повышения операбельности целесообразно проводить химиотерапию.

Ключевые слова: рак вульвы, молодой возраст, клиническое течение.

CLINICAL COURSE OF VULVAR CANCER IN REPRODUCTIVE PATIENTS

G.A. Nerodo, E.M. Nepomnyashaya, E.A. Nerodo

Rostov Research Oncological Institute

Incidence of vulvar cancer in reproductive patients and peculiarities of clinical course of the disease have been studied. 839 vulvar cancer patients aged 20-90 years have been treated at Gynecology Department of Rostov Research Oncologic Institute within the latest

30 years. The reproductive group (20-50 years of age) included 64 patients (7,6%). Early stages of vulvar cancer in the reproductive group were diagnosed more often than in elderly patients. Neurodystrophic changes of vulvar in young patients were much rarely observed in comparison with elderly patients. Almost 80% of patients under 40 years of age had human papilloma virus; in the group of 41-50 years of age – 50%; whereas in the elderly group contamination with human papilloma virus was observed only in single cases – 0,48%. Organ-sparing operations performed by strict individual approach are possible in the group of young patients. Vulvar cancer, in particular with advanced malignant process, requires complex treatment including neoadjuvant and multi-course adjuvant chemotherapy. Recurrent disease in reproductive patients is observed less frequent than in elderly patients. Chemotherapy is appropriate in cases of recurrent disease in order to improve operability.

The key words: vulvar cancer, young age, clinical course.

Введение

Рак вульвы в структуре онкогинекологической патологии занимает стабильно 4-е место после рака тела матки, шейки матки и яичников, но его удельный вес среди злокачественных опухолей гениталий за последние годы увеличивается. Большинство больных с инвазивным раком вульвы - это люди пожилого и старческого возраста. В связи с ростом долгожителей рак вульвы представляет собой не только гинекологическую, но и геронтологическую проблему. За последнее десятилетие отмечено увеличение удельного веса пациенток среднего и молодого возраста [3,5,6,9,10].

Основными патогенетическими факторами возникновения рака вульвы считаются метаболические и нейродистрофические изменения (крауроз и лейкоплакия), свойственные женщинам пожилого возраста, а также иммунодепрессия, способная создать необходимые предпосылки для возникновения рака. Наряду с увеличением доли больных репродуктивного возраста, не имеющих в анамнезе атрофических изменений вульвы, метаболических нарушений, а также хронических инфекций, способных вызвать иммунодепрессию, учитывая возможную связь патогенеза возникновения рака шейки матки, был выделен патогенетический вариант, основанный на инфицированности молодых женщин вирусом папилломы человека. Российскими учеными были обозначены 2 патогенетических варианта возникновения рака вульвы в современной популяции [2,8].

Первый вариант – HPV-позитивный (кондиломатозный вариант), выявляется у молодых женщин. Как правило, это опухоли с мультифокальным ростом, характеризуются малым содержанием кератина.

Второй вариант – HPV-негативный (кератозный). Встречается у женщин пожилого возраста. Опухоли ассоциированы с нейродистрофическими процессами или хронической инфекцией, но не папилломавирусной. Малосимптомное течение болезни, поздняя обращаемость, наличие некомпенсированных сопутствующих заболеваний, особенность анатомо-топографического строения, обуславливающая агрессивность течения рака вульвы с выраженной склонностью к быстрому росту, раннему метастазированию и рецидивированию приводят к неудовлетворительным результатам лечения [1,2,4,7,8].

Цель исследования

Изучение частоты рака вульвы у больных репродуктивного возраста (до 50 лет) и клинического течения заболевания.

Материалы и методы

За последние 30 лет в отделении гинекологии РНИОИ подверглось лечению 839 больных раком вульвы. Следует отметить, что удельный вес больных раком вульвы среди злокачественных опухолей гениталий увеличился с 4,13% в 1995 году до 10,8% в 2010 году. Больные раком вульвы были в возрасте от 20 до 90 лет. Группа больных репродуктивного возраста от 20 до 50 лет включала в себя 64 пациентки (7,6%), остальные 92,4% были старше 50 лет. Среди старших больных от 50 до 90 лет самыми большими по численности были группы 61-70 лет - 38% и 71-80 лет - 34%. Следует отметить, что за последнее десятилетие наряду с увеличением удельного веса больных раком вульвы среди онкогинекологической патологии увеличилось и количество больных молодого возраста. Среди больных раком вульвы репродуктивного возраста в I стадии было 18,75%, во II - 51,56%, в III-23,43%, в IV - 6,25%. Все больные подверглись различным видам комплексного лечения.

Результаты и обсуждение

Из всего количества наблюдаемых больных всех возрастов с ранними стадиями было 48%, у 52% установлены III и IV стадии заболевания, а больных репродуктивного возраста с ранними стадиями заболевания было 70,3%, что значительно больше, чем у больных старшего возраста: так, в группе 51-70 лет - 55%, 71-80 лет - 40%, старше 80 лет - 25%, т.е. с увеличением возраста количество больных, выявляемых с ранней стадией заболевания, четко уменьшается. Характеристика больных раком вульвы репродуктивного возраста по возрастным интервалам представляла собой следующее: больные в возрасте 20-30 лет - 10,9%, 31-40 лет - 32,85%, 41-50 лет - 56,25%.

Среди группы больных репродуктивного возраста сельских жительниц было несколько больше, чем городских - 52% и 48% соответственно. По образованию группа наших больных характеризовалась следующим образом: не получили никакого образования 4,7%, начальное школьное образование было у 48,4%, среднее образование получили

37,5%, законченное высшее имели только 9,4%, т.е. несмотря на молодой возраст больных, более половины были женщины неграмотные и малообразованные.

Распределение по профессиям было следующим: доярки, свиноводы и животноводы составили 25%, разнорабочие - 8%, шахтеры, шлифовальщицы, машинистки - 14,1%, работали лаборантами 14,1%, служащих было 9,4%, экономистов и технологов также - 9,4%. Обращает на себя внимание большое количество больных (67,1%), профессии которых связаны с пылью, шерстью, углем, лакокрасочными материалами.

Из сопутствующих заболеваний у больных репродуктивного возраста следует отметить гипертоническую болезнь у 8 из 59 (13,5%), ревмокардит у одной (1,6%), заболевания печени и желудка - у 7 (11,8%), единичный случай сахарного диабета (1,6%) и мастопатия - у 2 (3,3%). Ожирение отмечено только у 8 из 59 больных (13,5%). При сравнении группы этих больных с больными пожилого возраста четко видно преобладание у последних патологии, связанной с нарушениями общего обмена, обращает на себя внимание большой процент больных с сердечно-сосудистой патологией - 77,7%, атеросклерозом - 42,9%. Почти у каждой третьей больной пожилого возраста (29,95%) отмечалось заболевание печени или желчного пузыря, что свидетельствует о возможной роли нарушения функциональной способности печени, которой отводится ведущая роль в инактивации половых гормонов. Из сопутствующих заболеваний для этой группы больных часто встречается остеохондроз (18,35%) и сахарный диабет - у 9,17%, ожирение среди группы больных пожилого возраста встречается почти в 5 раз чаще (62,8%), чем среди молодых больных (13,5%).

Лейкоплакия и крауроз в анамнезе в группе молодых больных были отмечены только у 17 из 64 (26,5%), причем чем моложе больные, тем реже у них встречаются дистрофические изменения на вульве. Так, у больных раком вульвы в возрасте 20-30 лет из 7 пациенток только у одной (14%) была лейкоплакия, в группе 31-40 лет из 21 она отмечена у 5 (23,8%), а в группе 41-50 лет у 11 (30,5%) из 36 отмечено наличие лейкоплакии. В группе больных старшего возраста нейродистрофические изменения на вульве отмечены в анамнезе у 62%, т.е. более чем в 2 раза больше, чем у больных молодого возраста. Вместе с тем, чем моложе группа больных раком вульвы, тем чаще у них в анамнезе имелись папилломы, кондиломы на вульве и обнаруживалась инфицированность вирусом папилломы человека. В группе больных до 40 лет их было 22 из 28 (87,5%), а в группе больных старше 40 лет их было 18 из 36. У больных раком вульвы пожилого возраста инфицированность вирусом папилломы отмечена в единичных случаях - 0,48%.

По семейному положению больные распределились следующим образом: замужем и живут с мужем - 43%, живут одни - 30%, а остальные живут с детьми и родственникам. Среди данных больных

у 28% отмечены повторные браки, а внебрачные контакты отметили 11% пациенток. Больные раком вульвы отличались более частым ранним замужеством до 18 лет (22%), не рожали ни разу из-за наличия бесплодия 9% больных. На каждую больную раком вульвы в среднем приходится по двое родов и по 5 аборт. Больные предъявляли следующие жалобы: зуд беспокоил 82%, жжение в области вульвы - 63%, боли - 51%, сукровичные выделения в менструальном периоде отмечались у 41%, и сами обнаружили у себя опухоль 28% женщин, что значительно выше процента обнаружения опухолей вульвы у таких больных во время профосмотров.

По гистологической структуре у большинства больных (92,5%) присутствовал плоскоклеточный рак с ороговением или без, у 3% - меланома, у 3% - аденокарцинома и у 1,5% - саркома. По глубине инвазии из 54 известных больных распределились следующим образом: рак *insitu* был отмечен у 3 (5,5%), инвазия в пределах 1 мм - у 6 (11,1%), в пределах 2 мм - у 9 (16,6%), в пределах 3 мм - у 6 (11,1%), 4-5 мм - у 18 (33,3%) и более 5 мм - у 12 (22,2%). Таким образом, у 18 больных отмечено либо отсутствие инвазии опухоли (у 3) либо инвазия 1-2 мм (у 15), т.е. 33,3% больных согласно терминологии, принятой Международным обществом по изучению заболеваний вульвы (JSSVD, 1983), при наличии такой инвазии и опухоли не более 2 см можно отнести к микроинвазивным карциномам, а у остальных 66,6% с инвазией 3-5 мм и более вероятность метастазирования может достигать 24%.

Больные подверглись следующим видам комплексного лечения: у 43 из 64 (67,1%) пациенток в плане лечения была применена химиотерапия (эндолимфатическая или введение химиопрепаратов на собственной крови - аутогемохимиотерапия), причем более чем у половины из них (у 27 из 43 (62,7%) лечение было начато с неоадьювантной химиотерапии. Комплексное лечение с применением химиотерапии, оперативного пособия и наружной лучевой терапии выполнено у 34 из 64 больных - 53,1%, а сочетание химиотерапии и операции проведено у 7, т.е. всего комплексному лечению подверглась 41 больная (64%), комбинированному лечению - сочетанию операции с наружной лучевой терапией - 17 (26,5%) больных. Только оперативное лечение выполнено 4-м больным (6%), у которых не было отмечено инвазии опухоли или инвазия составляла 1 мм. Таким образом, преимущество в лечении отдавалось комплексному методу с применением химиотерапии.

Из 64 больных раком вульвы репродуктивного возраста были прооперированы 62 (96,8%) пациентки, 2 больные были подвергнуты химио-лучевой терапии. Из 62 прооперированных больных радикальная вульвэктомия была дополнена пахово-бедренной лимфаденэктомией у 29 (46,7%) больных. При строгом индивидуальном подходе 32 больным в ранних стадиях, ведущим активную половую жизнь, выполнены органосохраняющие операции, в некоторых случаях дополненные пахово-бедренной лимфаденэктомией.

При последующем наблюдении рецидивы заболевания возникли у 11 из 64 (17%) пациенток репродуктивного возраста, а у больных пожилого возраста рецидивы возникли у 180 из 775 (23,2%). При I стадии заболевания у больных репродуктивного возраста рецидив возник у 8%, при II - у 9%, а при III стадии - у 46% пациенток. При I стадии рецидив возник в среднем через 6 лет, при II - чуть более 5 лет, а при III стадии - через 17 месяцев. Если посмотреть на зависимость возникновения рецидивов в возрастных интервалах, то оказалось следующее: в группе 20-30 лет рецидивы возникли у 14,2%, в группе 31-40 лет - у 19%, в группе 41-50 - у 16,6%. Почти всем больным с наличием неоперабельного рецидива опухоли проводилась химиотерапия с последующим оперативным иссечением образования.

В качестве примеров представляем несколько наблюдений рака вульвы у больных молодого возраста.

Больная М., 26 лет, жительница села, учетчик в колхозе. В анамнезе: родов - 0, аборт - 0, месячные с 14 лет. Замужем с 21 года, на момент обнаружения образования разведена, живет одна, наличие внебрачных контактов не отрицает, страдает бесплодием. В анамнезе - перенесенный тромбоз вен голени, пневмония, скарлатина, аппендэктомия, трихомонадный кольпит. Считает себя больной в течение 8 месяцев, когда появился зуд, боли, папилломатозные разрастания на вульве, обращалась в кожно-венерологический диспансер, затем с подозрением на рак вульвы в онкоинститут. При поступлении 5.09.1980г. на больших и малых половых губах с обеих сторон имелись экзофитные папилломатозные разрастания, сливающиеся местами в конгломерат 10x12x8 см. На клиторе имелись идентичные разрастания опухоли 2x3x4 см, паховые лимфоузлы не увеличены. Цитология: атипичные клетки, голые ядра, подозрительные в отношении плоскоклеточного рака, признаки вируса папилломы человека. В сентябре 1980г. выполнена биопсия, получено заключение - плоскоклеточный рак с признаками ороговения, выставлен диагноз - рак вульвы II стадии. Учитывая местную распространенность злокачественного процесса, больной проведена эндолимфатическая полихимиотерапия 24.09. и 8.10.1980г., суммарно: 4,0 циклофосфана; 2,0 5-фторурацила. Затем больной проведена наружная лучевая терапия на область промежности и паховых лимфоузлов в СОД-40 Гр. В результате проведенного химио-лучевого лечения опухолевый конгломерат уменьшился в два раза до 5x5 см, уменьшился и отек вульвы. 20.03.1981г. выполнена радикальная вульвэктомия. Послеоперационный гистоанализ: плоскоклеточный рак с признаками ороговения, инвазия 2-3 мм, признаки вируса папилломы человека. Заживление первичное.

Больная выписана домой в III клинической группе с рекомендацией явки через 3 месяца, наблюдалась нерегулярно. Спустя 4 года у больной отмечены множественные кондиломы в области ягодиц, которые были удалены в мае 1986 года. В 1988г.,

спустя 8 лет с момента установления заболевания у больной выявлен рецидив заболевания в виде папилломатозных разрастаний на вульве и ягодице. Выполнена биопсия 20.05.1988 года, гистоанализ: умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак без ороговения, произведено удаление папилломы на бедре, послеоперационный гистоанализ - кератопапиллома с участками изъязвления. Больной назначен курс химиотерапии по месту жительства по схеме: 4,0 циклофосфана; 3,0 5-фторурацила. В декабре 1988 г. у больной диагностирован метастатический левосторонний плеврит, затем двухсторонний. Находилась в отделении терапии по месту жительства. Неоднократно проводился торакоцентез. 26.02.1989г. больная умерла от генерализации заболевания.

Анализируя данный случай, надо подчеркнуть довольно молодой возраст пациентки - 26 лет, далее наличие у больной трихомониаза и вируса папилломы человека, внебрачных беспорядочных контактов, бесплодие - все это укладывается в картину I патогенетического варианта рака вульвы. Местно у больной - мультифокальный рост, наличие папиллом не только на вульве, но и на соседних тканях. Применение неоадьювантной эндолимфатической полихимиотерапии с последующей лучевой терапией дало возможность выполнить радикальную вульвэктомию. Больная без признаков рецидива наблюдалась со II стадией заболевания в течение 8 лет. Рецидив возник спустя 8 лет в области вульвы, а затем через 7 месяцев диагностирован двусторонний метастатический плеврит. Несмотря на проведение химиотерапевтического лечения, улучшения не отмечено, и больная умерла, прожив после установления диагноза 9 лет, а после появления рецидива - 1 год.

Следующий клинический пример: больная С., 32 лет, рабочая, живет в городе. Родов - 2, аборт - 6, месячные с 13 лет, регулярно. Во время последней беременности 3 года назад была обнаружена папиллома вульвы, лечение не проводилось, а два года назад обнаружила опухоль в области левой малой половой губы. Выполнена биопсия опухоли 4.02.1993 г.: плоскоклеточный рак с тенденцией к ороговению, признаки папилломавирусной инфекции. Местно на левой половой губе имеется экзофитная опухоль до 1,5 см в диаметре, болезненная при пальпации, паховые лимфоузлы не увеличены. Выставлен диагноз - рак вульвы I стадии. 25.02. и 4.03.1993г. проведена эндолимфатическая полихимиотерапия - 200 мг метотрексата, 2 г циклофосфана и 4 мл Т - активина. После химиотерапии отмечено уменьшение опухоли до 1 см, уплощение ее. 12.03.1993г. выполнена радикальная вульвэктомия, двухсторонняя пахово-бедренная лимфаденэктомия. Послеоперационный гистоанализ: умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак с ороговением, инвазия 3 мм, в лимфоузлах метастаза рака нет. В послеоперационном периоде проведена наружная лучевая терапия на область промежности и паховых лимфоузлов с обеих сторон, суммарная очаговая доза - 40 Грей. После выписки больной

проведено по месту жительства 3 курса полихимиотерапии (цисплатин, циклофосфан, доксорубин).

Больная в течение последующих 3-х лет в онкоинституте не наблюдалась, обращалась к врачу по месту жительства. Первый рецидив заболевания отмечен в мае 2003 года, спустя 10 лет после установления первичного диагноза, с которым больная была госпитализирована в отделение гинекологии онкоинститута. Местно в области послеоперационного рубца имелись папилломатозные разрастания, у входа во влагалище справа – опухоль до 1 см с изъязвлением и переходом на уретру, паховые лимфоузлы без признаков рецидива. Больной проведено 2 курса полихимиотерапии, и 18.05.2003 года выполнено широкое иссечение рецидива. Послеоперационный гистоанализ: умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак с ороговением, инвазия 4 мм, по линии резекции опухоли нет. В послеоперационном периоде по месту жительства проведен расщепленный курс наружной лучевой терапии.

В ноябре 2004 года у больной спустя полтора года после возникновения первого рецидива и 11,5 лет после окончания первичного лечения повторно возник рецидив заболевания, местно в области послеоперационного рубца слева с переходом на промежность и на бедро имелось образование до 5 см в диаметре с распадом в виде кратера, с инфильтрацией подлежащих тканей, синюшного цвета. В ноябре – феврале 2005 года проведено 2 курса химиотерапии блеомицетином по 300 мг с хорошим эффектом, отмечено уменьшение опухоли на 50%, это позволило 19.05.2005 года выполнить повторное оперативное лечение в объеме широкого иссечения рецидива опухоли с пластикой образовавшегося дефекта перемещенным кожным лоскутом, выкроенным с медиальной поверхности левого бедра на питающей ножке и перемещенным в область образовавшегося дефекта. Послеоперационный гистоанализ: плоскоклеточный рак без ороговения, инвазия 5 мм. Больная выписана в июне 2005 года с рекомендацией контроля каждые 3 месяца, на которые она не являлась, наблюдалась по месту жительства без признаков рецидива. Через один год, в 2006 году, больная умерла от генерализации заболевания, прожив с момента постановки диагноза 13 лет.

Анализируя данный случай, следует отметить, что отягощающим фактором явилась беременность, во время которой обнаружилась папилломавирусной инфекции. У молодой больной 32 лет с I стадией рака вульвы благодаря неоадьювантной эндолимфатической полихимиотерапии, радикальной вульвэктомии с пахово-бедренной лимфаденэктомией, адьювантной полихимиотерапии и лучевой терапии ремиссия наблюдалась в течение 10 лет. При возникновении рецидива целесообразно проводить курсы химиотерапии, которые способствуют уменьшению опухоли и переводу ее в операбельное состояние, а при невозможности закрытия послеоперационного дефекта использо-

вать широкое удаление с пластикой дефекта за счет перемещенного кожного лоскута, выкроенного с соседних тканей, что дает возможность улучшить качество и продолжительность жизни больной. В итоге больная прожила после первичного лечения 13 лет, подвергнувшись комплексному виду лечения с включением неоадьювантной полихимиотерапии, оперативному пособию, наружной лучевой терапии и неоднократным курсам химиотерапии, имея дважды рецидив заболевания, который был излечен благодаря курсам химиотерапии и оперативному лечению.

Следующий клинический пример отражает значимость иммунодепрессии и инфицированности вирусом папилломы человека в развитии рака вульвы.

Больная Т., 36 лет, проживает в городе, экономист, была направлена на консультацию к онкологу по месту жительства с диагнозом: плоские бородавки вульвы для исключения онкопатологии. 29.05.2007 г. консультирована онкодерматологом, который с диагнозом: плоские бородавки направил больную на консультацию и лечение в кожно-венерологический диспансер, где она периодически консультировалась и подвергалась консервативному лечению различными мазями в течение почти трех лет, после чего была повторно направлена на консультацию в онкоинститут с наличием образования на малой половой губе слева до 1 см в диаметре в виде папилломы с изъязвлением, контактно кровоточащей. Паховые лимфоузлы не увеличены. Госпитализирована в отделение гинекологии с подозрением на рак вульвы I стадии. Из анамнеза: месячные с 14 лет, регулярные, замужем с 19 лет, родов - 0, 2 аборта, в возрасте 20 лет (1994 год) у больной был диагностирован хронический гломеруло-нефрит, она подвергалась лечению преднизолоном. Через 2 года (1996 год) развилась терминальная хроническая почечная недостаточность, проводили гемодиализ, 4.03.1997 г. выполнена аллотрансплантация трупной почки. Больная постоянно подвергалась иммуносупрессивной терапии препаратами неорал, азатиоприн, преднизолон. Функция трансплантата удовлетворительная, кризов отторжения не было, наблюдается по месту жительства. С 1999 года у больной выявлен вирусный гепатит В. С 2006 года на коже рук и ног появились плотные, округлые пигментные образования. Консультирована дерматологом, диагностирована папилломавирусная инфекция, а с 2007 года образования появились на наружных половых органах. При поступлении в отделение онкогинекологии больная была полностью обследована, и 27.01.2010 г. выполнено широкое иссечение образования вульвы с целью верификации, гистоанализ: умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак, инвазия 2 мм. Выставлен диагноз - рак вульвы I стадии. 9.02.2010 г. по желанию больной выполнена левосторонняя гемивульвэктомия, послеоперационный гистоанализ: утолщенный покровный эпителий с признаками папилломавирусной инфекции. В послеоперационном периоде больная подверглась наружной лучевой терапии на

зону первичного очага и область паховых лимфоузлов, СОД-40 Гр. После окончания лучевой терапии у больной наступила менопауза, которая продолжалась в течение двух лет, затем в марте 2012 года у больной возобновилась менструальная функция. Больная регулярно, с интервалом в 3 месяца наблюдается более двух лет в онкоинституте, на данный момент признаков рецидивирования и метастазирования не выявлено. Продолжает также наблюдение у трансплантолога.

Данный клинический пример отчетливо показывает значимость иммунодепрессии и наличия папилломавирусной инфекции в патогенезе рака вульвы. Во-первых, с момента аллотрансплантации почки больная в течение 13 лет регулярно подвергалась иммуносупрессивной терапии (неорал, азатио-прил, затем сертикан), что, естественно, повлияло на иммунный статус больной и привело к определенной степени состояния иммунодефицита, а кроме того, с 2006 года у больной отмечена инфицированность вирусом папилломы человека, на фоне которого возникли плоские бородавки на коже конечностей, а в 2007 году и на наружных половых органах, которые не были вовремя подвергнуты радикальному лечению, что привело к дальнейшему прогрессированию заболевания и малигнизации. Больная наблюдается более двух лет без признаков рецидива и метастазирования в состоянии клинической ремиссии и подвергается постоянно иммуносупрессивной терапии по назначению трансплантолога.

Заключение

Таким образом, рак вульвы у больных репродуктивного возраста выявляется у 7,6% всех больных, причем в ранних стадиях в большем количестве, чем у пожилых больных (70,3% и 48% соответственно). Следует отметить, что у больных репродуктивного возраста нет такой высокой частоты сопутствующей патологии, связанной с нарушениями общего обмена, как у больных пожилого возраста. Нейродистрофические процессы на вульве также отмечены у молодых больных значительно реже, чем у пожилых. Но у больных молодого возраста в группе до 40 лет почти у 80% отмечены признаки вируса папилломы человека, в группе от 41 до 50 лет данные признаки отмечены только у 50% больных, а среди больных пожилого возраста инфицированность вирусом папилломы нами почти не была отмечена (кроме единичных случаев – 0,48%). Следует полагать, что клиническое течение рака вульвы

у больных репродуктивного и пожилого возраста в корне отличается наличием различных факторов, способствующих возникновению злокачественного процесса. Молодым больным при строгом индивидуальном подходе возможно выполнение органосохраняющих операций. Лечение больных раком вульвы, особенно с распространенным злокачественным процессом, желательно проводить комплексное, с использованием неоадьювантной и многокурсовой адьювантной химиотерапии. Рецидивы заболевания у больных репродуктивного возраста возникают несколько реже, чем у пожилых. Для лечения рецидивов заболевания с целью повышения операбельности целесообразно проводить химиотерапию и в необходимых случаях применять пластику соседними тканями.

Список литературы

1. Ате Ван дер Зее. Современное лечение рака вульвы // Практическая онкология. - 2009. - Т.10. - №2. - С. 84-85.
2. Ашрафян Л.А., Н.В.Харченко, В.И.Киселев и др. Рак вульвы: этиопатогенетическая концепция. - М.: Молодая гвардия, 2006. - С. 138-149.
3. Вишневская Е.Е. Рак вульвы (по материалам РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова) // Онкологический журнал. - 2008. - Т.2. - №3(7). - С.38-42.
4. Жаров А.В. Хирургическое лечение больных раком вульвы // Практическая онкология. - 2006. - Т.7. - №4. - С. 205-215.
5. Макимбетов Э.К. с соавт. Эпидемиологические аспекты злокачественных опухолей нижнего генитального тракта у женщин (обзор) // Вестник КРСУ. - 2006. - Т.6. - №2. - С.56-63.
6. Приходько Е.В. Особенности течения злокачественных опухолей вульвы у больных репродуктивного возраста // Фундаментальные исследования. - 2004. - №2. - С. 149.
7. Турчак А.В. Рецидивы рака вульвы и результаты их терапии (20-летний опыт) // Онкология. - 2009. - Т.11. - №4. - С. 312-313.
8. Урманчеева А.Ф. Эпидемиология рака вульвы. Факторы риска и прогноза // Практическая онкология. - 2006. - Т. 7. - №4. - С. 189-196.
9. Черенков В.Г. с соавт. Рак вульвы: патогенетические варианты, диагностика, лечение, пластические операции // Гинекология. - 2010. - №4. - С. 78-82.
10. Sznurkowski J.J., Zawrocki A., Emerich J.. Рак вульвы: современные подходы к лечению // Медицинские аспекты здоровья женщины. - 2011. - №5. - С. 65-70.



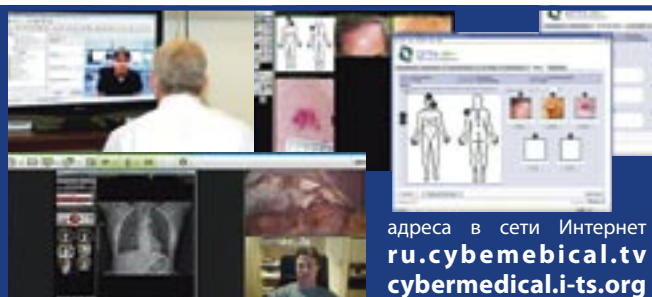
ИННОВАЦИИ ДЛЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

ИНФОТЕХСЕРВИС

тел: +73478421155, +41554175000

моб: +79174336302, +41796875217

e-mail: cm@i-ts.org



адреса в сети Интернет
ru.cybemebical.tv
cybermedical.i-ts.org