

Казбулатов Сагит Сагадиевич – к.м.н., зав. отделением сердечно-сосудистой хирургии ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфы. Адрес: 450071, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3.

Абалымова Алина Александровна – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации – II ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфы. Адрес: 450071, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3.

Тимербулатов Махмуд Вильевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов, А.Е. Микрохирургия в травматологии / А.Е. Белоусов, С.С. Ткаченко. – М.: Медицина, 1988. – 224с.
2. Датиашвили, Р.О. Реплантация конечностей / Р.О. Датиашвили. – М.: Медицина, 1991. – 240 с.
3. Крылов, В.С. Пятилетний опыт микрохирургической аутотрансплантации тканей / В.С. Крылов, Н.О. Миланов, А.М. Боровиков // Проблемы микрохирургии. – М., 1985. – С. 9-11.
4. Кузьменко, В.В. Борьба с болью при повреждениях и заболеваниях опорно – двигательного аппарата / В.В. Кузьменко, А.В. Скороглядов, Д.А. Магдиев. – М.: Медицина, 1996. – 34 с.
5. Курбанов, У.А. Послеоперационные сосудистые осложнения при реплантации пальцев кисти / У.А. Курбанов, М. Одинаев, Г. Карим-Заде // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 1998. – №3. – С. 60-61.
6. Подгайский, В.Н. Организационно-тактические аспекты микрохирургии реплантации конечностей и их сегментов / В.Н. Подгайский: дис. ... д-ра мед. наук. – Минск 1997. – 338 с.
7. Kaplan, I., Ada, F., Ozerkan, F. Free flaps reconstruction in hand and orthopaedic surgery // 6th Congress of the International Federation of Societies for Surgery of the Hand (IFSSH) // Helsinki. – 1995. – P. 207-211.
8. Weaver, F.A. Papanicolaou, G., Yellin, A.E. Difficult peripheral vascular injuries // Surg.Clin.North Amer. –1996. – №76. – P. 4-9.

УДК 618.16-006.6-03-07

© В.А. Пушкарёв, И.М. Мазитов, Ш.М. Хуснутдинов, Е.К. Голов, 2014

В.А. Пушкарёв¹, И.М. Мазитов^{1,2}, Ш.М. Хуснутдинов^{1,2}, Е.К. Голов²
АНАЛИЗ КЛИНИКО-ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАКА ВУЛЬВЫ
¹ГБУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», г. Уфа
²ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа

В результате проведенного анализа клинико-анатомических особенностей больных раком вульвы (РВ) I-III стадиями определено, что 62,9% пациенток – это женщины старше 60 лет. С увеличением степени распространенности опухолей возрастает удельный вес больных с более длительным анамнезом болезни. Наиболее часто встречающимися сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями являются сердечно-сосудистые (атеросклероз – 59,7%, варикозное расширение вен нижних конечностей – 84,5%, гипертоническая болезнь – 39,1%); гинекологическими в анамнезе (кольпиты и вульвиты – 71,1%, лейкоплакия и крауроз вульвы – 69,1%); почти у каждой третьей пациентки у родителей были злокачественные болезни. У пациенток с III стадией заболевания чаще отмечались поражения опухолью малых и больших половых губ (80,0%), клитора (50,0%), причем экзофитная форма при данных локализациях выявлена в 80,0% случаев. Чаще размеры опухоли были в пределах до 2 см (38,1%).

Изучение клинико-анатомических особенностей больных РВ дает возможность определить рациональный метод хирургического лечения, влияющий на продолжительность и качество жизни пациенток.

Ключевые слова: рак вульвы, клинико-анатомические особенности.

V.A. Pushkarev, I.M. Mazitov, Sh.M. Khusnutdinov, E.K. Golov
**ANALYSIS OF CLINICAL AND PATHOLOGICAL FEATURES
 OF VULVAR CANCER**

The analysis of clinical and anatomical features of patients with vulvar cancer stages I-III determined that nearly 2/3 of patients are women over 60 years old. With an increase in the prevalence of tumors the proportion of patients with a longer history of the disease increases. The most frequent concomitant extragenital diseases are cardiovascular pathologies (atherosclerosis – in 59.7% of cases, varicose veins of the lower extremities – in 84.5%, hypertension – 39.1%); gynecological history (colpites and vulvites – in 71.1%, leukoplakia and vulva kraurosis – in 69.1%); almost every third patient's parents had malignant diseases. Patients with stage III disease more commonly had tumor lesions of labia and labia majora (80.0%), clitoris tumors (50.0%), and exophytic form in these cases was detected in 80.0% of cases. Most tumor dimensions were within 2 cm (38.1%).

The study of clinical and anatomical features of patients with cancer of the vulva allows to determine a rational method of surgical treatment affecting the length and quality of life of patients.

Key words: cancer of the vulva, clinical and anatomical features.

Рак наружных половых органов составляет до 8% общего показателя заболеваемости всеми злокачественными опухолями женских гениталий и занимает четвертое место после рака шейки, тела матки и яичников. Рак вульвы (РВ) – болезнь женщин пожилого и старческого возраста, 80% инвазивного РВ диагностируется у женщин старше 55 лет, средний возраст больных 65-68 лет, пик заболева-

емости приходится на 75 лет [1,2,3,4,5]. В настоящее время отмечается увеличение заболеваемости РВ. Несмотря на визуальную доступность своевременной диагностики этого заболевания, малосимптомное течение болезни в ранней стадии приводит к поздней обращаемости, поэтому более 60% больных поступают в лечебные учреждения в III-IV стадиях опухолевого процесса, при которых

эффективность проводимого лечения значительно снижена. В силу особенностей анатомо-топографического строения наружных половых органов с чрезвычайно богато развитой сетью лимфатических сосудов рак данной локализации является заболеванием весьма агрессивным, так как обладает выраженной склонностью к быстрому росту и раннему метастазированию [2,6,7].

Результаты лечения РВ свидетельствуют о недостаточной эффективности применяемых методов и в связи с этим крайне низком проценте стойкого излечения. 5-летняя выживаемость больных после различных методов оперативного лечения колеблется от 27 до 98%. Оптимальным методом лечения является одномоментная радикальная вульвэктомия с пахово-бедренной лимфаденэктомией. Применение лучевого метода не улучшало результатов лечения, 5-летняя выживаемость больных при различных его вариантах колеблется от 6,2 до 39%. Малая эффективность лучевой терапии позволяет отнести РВ к группе радиорезистентных опухолей. Это относится и к лимфогенным метастазам – возможность их излечения лучевым методом сомнительна. Комбинированное лечение имеет явное преимущество перед хирургическим и лучевым – 5-летняя выживаемость больных колеблется от 28,0 до 58,7%. Несмотря на усовершенствование хирургического метода лечения с выполнением сверхрадикальных операций, а также применение в комбинации лучевых воздействий, результаты лечения больных РВ все еще остаются неудовлетворительными: 5-летняя выживаемость составляет лишь 50,5% [1,8,9,10,11].

Цель исследования

Изучение клинико-патологических особенностей больных РВ I-III ст. с целью объективного подхода к оптимальному хирургическому лечению (по материалам Башкирского клинического онкологического диспансера).

Материалы и методы

Проведен анализ клинико-патологических особенностей больных, получивших хирургическое лечение в РКОД г. Уфы с 2009 по 2013 гг. Всего исследовано 97 пролеченных пациенток с I-III стадиями заболевания. Изучены возраст, жалобы больных, акушер-

ско-гинекологический анамнез, перенесенные экстрагенитальные заболевания (сердечно-сосудистые, органов дыхания, пищеварения, эндокринные и др.), сопутствующая гинекологическая патология (эрозия шейки матки, цервицит, лейкоплакия шейки матки, сальпингоофорит, метроэндометрит, нарушения менструального цикла, лейкоплакия, крауроз вульвы, миома матки, кольпит, вульвит), анатомическая локализация опухоли (малые половые губы, большие половые губы, малые и большие половые губы, клитор, задняя спайка), ее морфологическая структура (плоскоклеточный ороговевающий рак, плоскоклеточный неороговевающий умереннодифференцированный, плоскоклеточный неороговевающий низкодифференцированный).

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ STATISTICA 6.0. Количественные данные представлены в виде средних значений и их стандартной ошибки ($M \pm m$).

Результаты и обсуждение

По возрасту больные на момент лечения распределились следующим образом: до 50 лет было 14 (14,4%) женщин, 51-60 – 20(20,6%), 61-70 – 30(30,9%), 71 и старше – 31(31,9%). Из всех пролеченных I стадия заболевания выявлена у 37(38,1%) пациенток, II – у 38(39,2%), III – у 22(22,7%).

Наибольший удельный вес представлена группа больных с I-II стадиями заболевания – 75(77,3%).

Наибольшее количество больных было в возрастных группах 61-70 и 71-80 лет, по 30,9% и 26,8% соответственно. Меньше больных в возрастной группе 51-60 лет – 20,6%. Женщин молодого возраста (до 40 лет) было 8-8,2%. Таким образом, наибольшее количество пациенток были пожилого возраста, из них долгожителей (старше 81 года) – 7 (7,2%).

Анализ распространенности заболевания внутри каждой возрастной группы показал, что в возрасте до 50 лет у 12 (12,4%) пациенток диагностирована I стадия заболевания, у 2 (2,1%) II, в то время как у больных старше 50 лет I стадия выявлена у 25(25,8%) пациенток, II – у 36 (37,1%), III – у 22 (22,7%). Полученные данные представлены в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных раком вульвы по возрасту и стадиям заболевания

Стадия	Возраст, лет								Всего
	до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81 и старше	
I	2	-	6	4	4	9	10	2	37
II	-	-	-	2	10	13	10	3	38
III	-	-	-	-	6	8	6	2	22
Всего...	2	0	6	6	20	30	26	7	97

Городскими жителями были 68(70,1%) пациенток, сельскими – 29(29,9%). Состояли в браке 33(34,0%) женщины.

Выявляемость больных с ранними стадиями имеет определенную связь с длительностью периода от первых замеченных больной признаков заболевания до установления диагноза, т.е. с длительностью анамнеза. В табл. 2 представлены данные о распределении больных в зависимости от длительности анамнеза и стадии заболевания. Из полученных показателей видно, что чаще всего боль-

ные обращаются с длительностью анамнеза от 3 до 6 месяцев (47,4%) и от 1 до 3 месяцев (39,2%). Данные показывают уменьшение удельного веса больных, выявленных в ранних стадиях заболевания, с увеличением длительности анамнеза от 56,7 до 9,1% и, наоборот, в поздних стадиях заболевания увеличение удельного веса больных с длительным анамнезом (табл.2). Результаты изучения длительности анамнеза в зависимости от выявления заболевания в ранних и поздних стадиях представлены в табл. 3.

Таблица 2

Распределение больных раком вульвы по длительности анамнеза и стадии заболевания

Стадия	Длительность анамнеза			Всего
	до 1-3 мес.	3-6 мес.	более 6 мес.	
I	21	16	0	37
II	15	21	2	38
III	2	9	11	22
Всего...	38	46	13	97

Таблица 3

Распределение больных раком вульвы по длительности анамнеза, ранних и поздних стадий заболевания

Длительность анамнеза, мес.	Ранние стадии (I-II)		Поздние стадии (III)		Всего	
	n	%	n	%	абс.	%
1-3	36	94,7	2	5,3	38	100
3-6	37	80,4	9	19,6	46	100
Более 6	2	15,4	11	84,6	13	100
Всего...	75	77,3	22	22,7	97	100

Среди больных РВ с I-II стадиями 48,0% пациенток первично обратились за медицинской помощью в короткий срок – длительность анамнеза от 1 до 3 месяцев, 49,3% – от 3 до 6 месяцев. С увеличением степени распространенности опухолей увеличивается удельный вес больных с более длительным анамнезом. Таким образом, при появлении жалоб раннее обращение больных дает возможность выполнить им радикальное хирургическое лечение на начальных стадиях заболевания.

Пациентки с III стадией заболевания в 50% случаев обратились за медицинской помощью более чем через 6 месяцев с момента появления жалоб.

Таблица 4

Сопутствующие экстрагенитальные заболевания в анамнезе у больных раком вульвы

Заболевания	Абс. число	%
Сердечно-сосудистой системы:		
гипертоническая болезнь	38	39,1
атеросклероз	58	59,7
варикозное расширение вен нижних конечностей	82	84,5
Органов дыхания:		
частые ОРВИ	64	65,9
пневмония	14	14,4
Детские инфекции: корь, скарлатина	85	87,6
Органов пищеварения:		
хронический холецистит	32	33,0
хронический гастрит	49	50,5
Эндокринные:		
ожирение	50	51,5
сахарный диабет	19	19,5
Крови: анемия	5	5,2

Сопутствующие экстрагенитальные заболевания у обследуемого контингента больных отражены в табл. 4.

Наиболее часто встречающимися сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями у больных РВ являлись сердечно-сосудистые, органов пищеварения, эндокринные, метаболические изменения, что можно объяснить возрастом пациенток, а также инактивацией половых гормонов. Перенесенные гинекологические заболевания у больных РВ отражены в табл. 5.

Таблица 5

Перенесенные гинекологические заболевания у больных раком вульвы

Заболевания	Абс. число	%
Эрозия шейки матки, цервицит, лейкоплакия шейки матки	67	69,1
Сальпингофорит, метроэндометрит	57	58,8
Нарушения менструального цикла	33	34,0
Лейкоплакия, крауроз вульвы	67	69,1
Миома матки	15	15,5
Кольпит, вульвит	69	71,1
Рубец на матке	8	8,2

Наиболее частыми гинекологическими заболеваниями, встречающимися в анамнезе у больных РВ, являлись кольпиты, вульвиты – у 69 (71,1%), эрозии шейки матки, цервициты – у 67(69,1%), лейкоплакия и крауроз вульвы – у 67(69,1%).

Из перенесенных ранее операций аппендэктомия была у 16 (16,5%) пациенток, тонзиллэктомия – у 3 (3,1%), ампутация матки с придатками по поводу фибромиомы матки –

у 8 (8,2%), внематочная беременность – у 4 (4,1%), удаление кисты яичника – у 3 (3,1%), кесарево сечение – у 8 (8,2%). При изучении наследственности выявлено, что у 27 (27,8%) женщин в анамнезе у родителей имелись онкологические заболевания, из них у 21 (21,6%) – у матери, у 6 (6,2%) – у отца.

Анализ менструальной функции показал следующее: раннее становление менструальной функции (до 11 лет) отметили 10 (10,3%) пациенток, позднее менархе (после 17 лет) – 23 (23,7%). Средний возраст наступивших менархе составил $13,8 \pm 0,44$ года. Из 97 пациенток 12 (12,4%) находились в детородном возрасте (до 45 лет), остальные – в менопаузе и постменопаузе. Раннее замужество (до 18 лет) отметили 14 (14,4%) женщин. Рожавших было 89 (91,8%), из них от 1 до 3 родов – у 77 (86,5%), более 3 – у 12 (13,5%); аборт в анамнезе отметили 80 (82,5%) пациенток, из них от 1 до 3 – 55 (68,7%), более 3 – 25 (31,3%). Таким образом, более чем каждая 7-я больная РВ отметила раннее замужество, почти каждая 3-я – раннее или позднее становление менструального цикла, раннюю мено-

паузу, абсолютное большинство пациенток имели в анамнезе роды и аборты, причем каждая 3-я – более трех беременностей.

Из предъявляемых жалоб зуд отметили 65 (67,0%) больных, боли – 75 (77,3%), чувство жжения в области вульвы – 62 (63,9%), боли при мочеиспускании – 38 (39,2%), кровянистые или сукровичные выделения – 12 (12,4%) женщин.

По анатомической локализации опухоли больные распределились следующим образом: наиболее часто опухоль вульвы локализовалась в области больших половых губ (40,2%), малых половых губ (29,9%), клитора (16,5%), реже – в области больших и малых половых губ (10,3%), задней спайки (3,1%) (табл. 6). При сопоставлении степени распространенности заболевания и анатомической локализации видно, что чаще запущенные стадии отмечались при поражении опухолью больших и малых половых губ – у 8 из 10 пациенток (80,0%) и клитора – у 8 из 16 (50,0%). Эти данные указывают на агрессивность течения заболевания данных анатомических локализаций.

Таблица 6

Локализация	Стадия			Всего, %
	I	II	III	
Малые половые губы (n=29)	16	10	3	29,9
Большие половые губы (n=39)	18	18	3	40,2
Малые и большие половые губы (n=10)	-	2	8	10,3
Клитор (n=16)	1	7	8	16,5
Задняя спайка (n=3)	2	1	-	3,1
Всего (n=97)	37	38	22	100,0

По форме роста в большинстве случаев опухоли были экзофитными – у 75 (77,3%) больных, в виде язвенного поражения – у 10 (10,3%), эндофитными – у 3 (3,1%), смешанными – у 9 (9,3%). При поражении больших и малых половых губ, клитора более чем у 80% пациенток выявлена экзофитная форма опухоли. Зависимость размеров опухоли и их локализации отражены в табл. 7. У 27 (27,8%)

больных опухоль была в пределах до 2 см в диаметре, малые размеры – менее 1 см в диаметре – у 13 (13,4%). Большие размеры опухоли чаще встречались при поражении малых и больших половых губ – у 8 (8,2%) пациенток, клитора – у 8 (8,2%), небольшие размеры опухоли (до 1 см) чаще диагностировались на больших половых губах – у 6 (6,2%), малых половых губах – у 4 (4,1%).

Таблица 7

Локализация	Размер, см								Всего	
	<1		1,0 – 2,0		2,0 – 4,0		> 4,0			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Малые половые губы	4	13,8	12	41,4	10	34,5	3	10,3	29	29,9
Большие половые губы	6	15,4	12	30,8	18	46,2	3	7,7	39	40,2
Малые и большие половые губы	-	-	-	-	2	20,0	8	80,0	10	10,3
Клитор	1	6,3	-	-	7	43,7	8	50,0	16	16,5
Задняя спайка	2	66,7	-	-	1	33,3	-	-	3	3,1
Всего...	13	13,4	24	24,7	38	39,2	22	22,7	97	100,0

Поражение соседних органов (влагалище, мочеиспускательный канал) выявлено у 14 (14,4%) больных, чаще при локализации опухоли в области клитора, малых и больших половых губ. Метастатические поражения регионарных лимфоузлов отмечены у 8 (8,2%)

пациенток в основном при расположении опухоли в области клитора – у 4 из 16 (25,0%) больных, малых и больших половых губ – у 4 из 10 (40,0%). Таким образом, опухоль, локализуемая в области больших и малых половых губ, клитора, менее благоприятна в

плане лечения и прогноза болезни ввиду более частого метастазирования в пахово-бедренные лимфоузлы.

Гистологическая структура опухоли у больных РВ представлена следующим образом: плоскоклеточный ороговевающий рак (высокодифференцированный) диагностирован – у 78 (80,4%) пациенток; плоскоклеточный неороговевающий (умереннодифференцированный) – у 15 (15,5%); плоскоклеточный неороговевающий (низкодифференцированный) – у 4 (4,2%).

Заключение

Проведенный анализ клинико-патологических особенностей больных РВ I-III стадий заболевания, пролеченных в Республиканском клиническом онкологическом диспансере, показал:

- в основном страдают женщины старше 60 лет – 62,9 %;
- удельный вес больных с I-II стадиями заболевания – 77,3 %;
- чаще всего больные с III стадией заболевания обращаются за медицинской помощью с длительностью анамнеза болезни более 6 месяцев – 50,0%;

– наиболее часто встречающимися сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями являются сердечно-сосудистые, органов пищеварения, эндокринные, метаболические нарушения; гинекологические болезни – эрозии шейки матки (69,1%), метроэндометриты (58,8%), кольпиты (71,1%), лейкоплакия и крауроз вульвы (69,1%);

– при изучении наследственного фактора выявлено, что у 27 (27,8%) пациенток в анамнезе у матери или у отца были злокачественные опухоли;

– чаще III стадия заболевания отмечалась при поражении малых и больших половых губ (80,0%), клитора (50,0%); при локализации в области больших и малых половых губ, клитора более чем у 80% пациенток выявлена экзофитная форма опухоли; у 37 (38,1%) больных опухоль была в пределах до 2 см в диаметре, у 22 (22,7%) – более 4 см.

Результаты проведенного исследования дают возможность объективного подхода к рациональному хирургическому лечению больных РВ, влияющему на продолжительность и качество жизни.

Сведения об авторах статьи:

Пушкарев Василий Александрович – д.м.н., зав. отделением оперативной гинекологии ГБУЗ РКОД. Адрес: 450098, г. Уфа, проспект Октября, 73/1. E-mail: rkod@mail.ru.

Мазитов Ильдус Маратович – аспирант кафедры хирургии и онкологии с курсами ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, врач-онколог отделения оперативной гинекологии ГБУЗ РКОД. Адрес: 450098, г. Уфа, проспект Октября, 73/1. E-mail: mazitov.ildus82@mail.ru.

Хуснутдинов Шамиль Масгутович – к.м.н., доцент кафедры хирургии и онкологии с курсами ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, зав. патоморфологическим отделением ГБУЗ РКОД. Адрес: 450098, г. Уфа, проспект Октября, 73/1.

Голов Евгений Константинович – врач-интерн кафедры хирургии и онкологии с курсами ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман, Я.В. Руководство по онкогинекологии. – Л.: Медицина, 1989. – 63 с.
2. Вишневская, Е.Е., Бохман, Я.В. Ошибки в онкогинекологической практике. – Минск, 1994. – 288 с.
3. Жаров, А.В. Комбинированные и реконструктивные операции у больных раком вульвы: дис... д-ра мед. наук. – М., 2002. – 286 с.
4. Клиническая онкогинекология: руководство для врачей / под ред. В.П. Козаченко. – М.: Медицина, 2005. – 376 с.
5. Максимов, С.Я. Факторы риска возникновения злокачественных новообразований органов репродуктивной системы у женщин // Вопросы онкологии. – 2003. – Т. 49. – С. 496-501.
6. Apgar B.S., Cox J.T. Differentiating normal and abnormal findings of the vulva // Am. Fam. Physician. 1996. – Vol. 53, № 4. – P. 1171-80.
7. Staging and recurrence of disease in squamous cell carcinoma of the vulva / B. Ndubisi [et al.] // Gynecol. Oncol. – 1995. – Vol. 59. – P. 34-37.
8. Cancer of the vulva / A. Popovici [et al.] // Chirurgia. – 1996. – Vol. 45. – P. 51-62.
9. Groin dissection practices among gynecologic oncologists treating early vulvar cancer / C. Levenback [et al.] // Gynecol. Oncol. – 1996. – Vol. 62. – P. 73-77.
10. Huerta Bahena J., Padilla Arrieta P., Ayala Hernandez J.R. Radiotherapy in vulvar cancer. Experience in the Hospital de Oncologia // Ginecologia y Obstetricia de Mexico. – 1995. – Vol. 63. – P. 443-47.
11. McCall A.R., Olson M.C., Potkui R.K. The variation of inguinal lymph node depth in adult women and its importance in planning irradiation for vulvar cancer // Cancer. – 1995. – Vol. 75. – P. 2286-88.