

дит снижение исходно повышенной активации структур лимбико-ретикулярного комплекса, что проявляется увеличением мощности альфа-составляющей ЭЭГ, значительным снижением уровня тревожности [11].

Адаптивное биоуправление параметрами ЭЭГ способствует повышению устойчивости ритмозадающих структур головного мозга, оптимизации его биоэлектрической активности, а также эффективной работе автономной нервной системы и в конечном итоге редукции болевого синдрома при ГБН. Физиологические механизмы обеспечения эффективности произвольной коррекции психоэмоционального состояния связаны с формированием детерминанты, которая представлена комплексом регуляторных структур, изменяющих степень активности дыхательного центра, оказывающих нормализующее воздействие на нейродинамику, показатели сердечного ритма и сосудистого тонуса.

Физиологической основой методов ЭЭГ-БОС-терапии и респираторного тренинга является замыкание временных связей. Адаптивное биоуправление основано на подкреплении (положительном или отрицательном) определенных состояний, которые отражаются в показателях регулируемых функций по существу это временные связи, в основе которых лежит сумма возбуждений, "протерение пути", сопровождающееся биохимическими и ультраструктурными изменениями в мозге, объединяющими определенные состояния. Нейрофизиологическим механизмом, обеспечивающим эффективное адаптивное биоуправление, является также активация неспецифических структур ствола мозга и ассоциативных таламокортикальных связей по резонансному принципу.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Акарачкова Е.С.* Роль вегетативной нервной системы в патогенезе головной боли напряжения: Дисс. М.; 2012.
2. *Yoon M.S., Katsarava Z., Obermann M.* Prevalence of primary headaches in Germany: results of the German Headache Consortium Study. *J. Headache Pain.* 2012; 13 (3): 215—23.
3. *Курушина О.В.* Медицинские и социальные факторы повышения качества жизни пациентов с хронической болью: Дисс. Волгоград; 2011.
4. Classification of Headache Classification Committee. International Headache Society. The international classification of headache disorders. 2nd ed. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl. 1): 1—160.
5. *Наприенко М.В., Филатова Е.Г.* Новые подходы в лечении хронической головной боли напряжения. *Русский медицинский журнал.* 2010; 18 (8): 491.
6. *Долецкий А.Н.* Нейрофизиологические механизмы адаптивного

биоуправления и пути повышения его эффективности: Дисс. Волгоград; 2012.

7. *Воробьева О.В., Русая В.В.* Вегетативная дисфункция, ассоциированная с тревожными расстройствами. Эффективная фармакотерапия (неврология и психиатрия). 2011; 1: 3—8.
8. *Баевский Р.М., Никулина Г.А.* Холтеровское мониторирование в космической медицине: анализ variability сердечного ритма. *Вестник аритмологии.* 2000; 16: 6—16.
9. *Прохоров А.О.,* ред. Практикум по психологии состояний: Учебное пособие. СПб.: Речь; 2004.
10. *Hayashi K., Makino M., Hashizume M.* et al. Electroencephalogram abnormalities in panic disorder patients: a study of symptom characteristics and pathology. *Biopsychosoc. Med.* 2010; 4: 9.
11. *Святотор И.А., Моховикова И.А.* Характер перестроек статической структуры взаимодействия волновых компонентов электроэнцефалограммы в процессе биоуправления. *Бюллетень сибирской медицины.* 2010; 2: 53—9.

REFERENCES

1. *Akarachkova E.S.* The role of autonomic nervous system in the pathogenesis of tension headache: Diss. Moskva; 2012 (in Russian).
2. *Yoon M.S., Katsarava Z., Obermann M.* Prevalence of primary headaches in Germany: results of the German Headache Consortium Study. *J. Headache Pain.* 2012; 13 (3): 215—23.
3. *Kurushina O.V.* Medical and social aspects of the increase of the life quality of patients with chronic pain: Diss. Volgograd; 2011 (in Russian).
4. Classification of Headache Classification Committee. International Headache Society. The international classification of headache disorders. 2nd ed. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl. 1): 1—160.
5. *Naprienko M.V., Filatova E.G.* The new approach to treatment of chronic tension headache. *Russkiy meditsinskiy zhurnal.* 2010; 18 (8): 491 (in Russian).
6. *Doleckij A.N.* The neurophysiological mechanisms of adaptive biocontrol and the way of increase its efficiency: Diss. Volgograd; 2012 (in Russian).
7. *Vorob'eva O.V., Rusaja V.V.* The autonomic dysfunction associated with the anxiety disorders. *Jeftektivnaja farmakoterapija (nevrologija i psihiatrija).* 2011; 1: 3—8 (in Russian).
8. *Baevskij P.M., Nikulina G.A.* The Holter's monitoring in space medicine: the analysis of variability of heart rate. *Vestnik aritmologii.* 2000; 16: 6—16 (in Russian).
9. *Prohorov A.O.,* ed. Practical work in psychology of state: Textbook. SPb.: Rech'; 2004 (in Russian).
10. *Hayashi K., Makino M., Hashizume M.* et al. Electroencephalogram abnormalities in panic disorder patients: a study of symptom characteristics and pathology. *Biopsychosoc. Med.* 2010; 4: 9.
11. *Svatogor I.A., Mohovikova I.A.* The character of the changes of static structures of the interactions of wave components of electroencephalogram in the processes of biocontrol. *Bjulleten' sibirskoj mediciny.* 2010; 2: 53—9 (in Russian).

Поступила 30.09.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 618.16-006.04-08-037

Е.А. Неродо, Г.А. Неродо, В.А. Иванова*

АНАЛИЗ СРОКОВ ПОЯВЛЕНИЯ РЕЦИДИВОВ И БЕЗРЕЦИДИВНОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ВУЛЬВЫ

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, 344037, Ростов-на-Дону, Россия

**Неродо Галина Андреевна.* E-mail: mioi@list.ru

♦ Проанализирована группа больных раком вульвы за последние 30 лет (809 пациенток), рецидив появился у 203 (25,09%): в I стадии у 18,2%, во II у 20,5% в III у 26,68%, в IV у 46,25%. На длительность безрецидивного периода существенное влияние оказывает стадия заболевания: чем выше стадия, тем меньше длительность безрецидивного периода (от 59,3 до 7,24 мес), чем больше инвазия опухоли, тем короче безрецидивный период. Чаще всего рецидивы появляются в первые 3 года наблюдения после окончания лечения (у 73,19%), что свидетельствует о необходимости частого, динамичного диспансерного наблюдения больных с применением инструментально-лабораторных методов исследования для более раннего выявления рецидива опухоли с последующим незамедлительным лечением. Для больных с III и IV стадией отмечено достоверное увеличение безрецидивного периода с применением химиотерапии в

комплексном лечении рака вульвы. При определении безрецидивной выживаемости в зависимости от стадии заболевания мы получили следующие данные: при I стадии 5-летняя безрецидивная выживаемость составила 46,7%, при II — 22,4%, при III стадии — 3-летняя выживаемость — 2,5%, при IV стадии однолетняя — 2,7%. Таким образом, очевидно уменьшение безрецидивной выживаемости с увеличением стадии заболевания. Следующим фактором, имеющим значение для продолжительности жизни больной, является глубина инвазии опухоли: чем больше инвазия опухоли, тем меньше безрецидивная выживаемость. При определении влияния первичного лечения на безрецидивную выживаемость подтвердилось положительное влияние введения химиотерапии в комплексное лечение больных с III—IV стадией. Таким образом, частота рецидивирования рака вульвы и безрецидивная выживаемость больных зависят от стадии заболевания, глубины инвазии опухоли и проведенного лечения.

Ключевые слова: рак вульвы; рецидивы

E.A. Nerodo, G.A. Nerodo, V.A. Ivanova

THE ANALYSIS OF TERMS OF ONSET OF RECURRENCES AND SURVIVAL WITHOUT RECURRENCES OF PATIENTS WITH CANCER OF VULVA

The Rostov oncological research institute of the Ministry of Health of Russia, 344037 Rostov-on-Don, Russia

♦ The article presents the results of monitoring and analyzes of group of patients with cancer of vulva (809 female patients) during last 30 years. The recurrence occurred in 203 patients (25.09%). Accordingly, recurrence occurred in 18.2% at stage I, in 20.5% at stage II, in 26.68% at stage III and in 46.25% at stage IV of disease. The duration of period without recurrence significantly depends on stage of disease. The higher is stage of disease the shorter is duration of period without recurrence (from 59.3 to 7.24 months). The more is tumor invasion the shorter period without recurrence is. Mostly, recurrence manifests during first three years of monitoring after termination of treatment (in 73.19%). This occurrence testifies the necessity of frequent and dynamic dispensary monitoring of patients using instrumental laboratory techniques of examination for earlier detection of recurrence of tumor with following immediate treatment. In patients with stage II and IV the reliable increase of period without recurrence is noted after application of chemotherapy in complex treatment of cancer of vulva. The detection of survival of patients without recurrence depending on stage of disease provided following data. The five-year survival without recurrence amounted to 46.7% at stage I, 22.4% at stage II. The three-year survival amounted to 2.5% at stage III. The one-year survival amounted to 2.7% at stage IV. Therefore, decrease of survival without recurrence obviously depends on increase of stage of disease. The next factor impacting longevity of patient is a depth of invasion of tumor. Meaning, the more invasion of tumor is the less survival without recurrence is. The detection of effect of primary treatment on survival without recurrence confirmed the positive impact of introduction of chemotherapy into complex treatment of patients with stage III-IV of disease. Hence, the rate of recurrence of cancer of vulva and survival without recurrence depend on the stage of disease, depth of invasion of tumor and applied treatment.

Keywords: cancer, vulva, recurrence

Рак вульвы выявляется в основном у пожилых женщин менопаузального возраста, чаще всего в интервале 60—80 лет. Данная локализация доступна для визуального осмотра, несмотря на это, малосимптомное течение болезни в ранних стадиях, отсутствие хорошо налаженных профосмотров, особенно неорганизованного населения, приводят к поздней обращаемости больных к врачу. И как следствие более 50% больных поступают в лечебные учреждения с III—IV стадией злокачественного процесса, когда эффективность проводимого лечения снижена, а наличие некомпенсированной сопутствующей патологии делает вообще невозможным выполнение радикального лечения [1—6].

В силу особенностей анатомо-топографического строения наружных половых органов с чрезвычайно богато развитой сетью лимфатических сосудов рак данной локализации является весьма агрессивным заболеванием, так как обладает выраженной склонностью к быстрому росту, раннему метастазированию и рецидивированию. По сводным данным литературы, общая 5-летняя выживаемость у больных раком вульвы не превышает 50%. Не меньшую трудность представляет лечение рецидивов рака вульвы, которые возникают у 30—60% больных в течение первых 5 лет после окончания лечения. Основные причины летальных исходов — несвоевременная диагностика и нерадикальность проведенного лечения, больные, как правило, умирают от рецидивов и метастазов [1, 5—10].

Цель исследования — изучение частоты рецидивирования у больных раком вульвы, сроков возникновения рецидивов в зависимости от стадии заболевания, глубины инвазии опухоли и метода проведенного лечения. Несомненно, имеет большое значение анализ безрецидивной выживаемости больных раком вульвы. На данный момент является актуальным изучение факторов, влияющих на рецидивирование, сроки их появления и возможность их ранней диагностики с последующим адекватным лечением.

Нами изучено и проанализировано клиническое течение заболевания у 809 больных раком вульвы в возрасте

от 20 до 92 лет, пролеченных в отделении гинекологии РНИОИ за последние 30 лет. В возрасте 61 года — 70 лет было 317 (39,18%) больных, 71 года — 80 лет — 285 (35,22%). В возрасте до 50 лет было 72 (8,89%) больных, остальные (91,19%) находились в менопаузе. Самой многочисленной была группа больных с III стадией — 326 (40,29%), значительно меньше было больных со II стадией — 239 (29,54%), а с I стадией — 164 (20,27%) пациентки. При первичном обращении больных IV стадия зарегистрирована у 80 (9,88%), т. е. более чем у 50% больных первично выявлены распространенные стадии злокачественного процесса.

При изучении истории болезни 809 больных рецидивы заболевания выявлены у 203 (25,09%) женщин в возрасте от 26 до 82 лет, 80 (39,4%) из них были в возрасте 61 года — 70 лет, 60 (29,55%) — в возрасте 71 года — 80 лет.

Среди этих больных в возрасте до 50 лет было 20 (9,85%) женщин, остальные (90,15%) были старше 50 лет. По гистологической структуре у больных с рецидивами рака вульвы в основном был плоскоклеточный рак с ороговением и без ороговения (97,5%), у остальных (2,5%) была меланома и аденокарцинома. По изначально установленной стадии заболевания больные с рецидивом рака вульвы распределились следующим образом: I стадия была у 30 (14,7%), II — у 49 (24,13%), III — у 87 (42,85%), IV — у 37 (18,22%), т. е. при первичном обращении более чем у 60% больных зарегистрирована III—IV стадия. Анализ частоты возникновения рецидива рака вульвы в каждой стадии злокачественного процесса показал, что при I стадии рецидив возник у 30 (18,29%) из 164 больных, при II — у 49 (20,5%) из 239, при III — у 87 (26,68%) из 326 и при IV стадии — у 37 (46,25%) из 80. Представленные данные свидетельствуют об увеличении частоты возникновения рецидивов по мере увеличения стадии заболевания: от 18,29% при I стадии до 46,25% при IV стадии, т. е. степень злокачественного процесса, установленная до лечения, является важным прогностическим

фактором возникновения рецидива заболевания — чем выше стадия злокачественного процесса, тем чаще возникают рецидивы.

Что касается времени появления рецидивов после окончания лечения, то при анализе историй болезни мы получили следующие данные: чаще всего рецидивы появлялись в 1-й год наблюдения — у 39,69% больных, от 1 года до 3 лет — у 33,5%, от 3 до 5 лет — у 13,4% и после 5 лет — только у 12,3%. Из этого следует, что в сроки до 3 лет после окончания лечения надо быть особенно настойчивым в плане появления рецидива заболевания, поэтому необходимо регулярное диспансерное наблюдение за больной не реже одного раза в 3 мес с применением лабораторных и инструментальных методов исследования.

Анализируя сроки появления рецидивов заболевания у всех больных с рецидивами в зависимости от стадии заболевания, мы получили следующие данные: через 1 год наблюдения после окончания лечения рецидив появился у 10% больных с I стадией, у 8,5% со II, у 45% с III и у 97,3% с IV стадией. На 2-м году наблюдения по мере возрастания стадии заболевания отмечено увеличение числа больных с рецидивом: 6,6% с I стадией, 10,63% со II, 45% с III и только 2,7% с IV стадией, так как почти у всех остальных больных рецидив возник на 1-м году наблюдения. На 3-м году наблюдения рецидив возник у 13,3% больных с I стадией, у 23,4% со II и только у 7,5% с III, так как у 90% больных рецидив заболевания возник в первые 2 года наблюдения. После 5 лет рецидив заболевания возник у 46,6% больных с I стадией, и только у 21,27% больных со II стадией, так как у 78,73% больных с этой стадией рецидив возник в течение первых 5 лет наблюдения. Из приведенных данных видно, что время возникновения рецидива прямо пропорционально стадии заболевания: рецидивы у больных с ранними стадиями гораздо меньше случаются в первые годы наблюдения. Так, в первые 2 года наблюдения рецидивы возникают у 16,6% больных с I стадией, у 19,14% — со II, 90% — с III и у всех больных с IV стадией заболевания.

Мы посчитали средние сроки возникновения рецидива заболевания после окончания лечения: при I стадии рецидив возник в среднем через 59,35 мес у 18,29% больных, при II стадии — через 46,9 мес. у 20,5%, при III — через 16,11 мес у 26,68% пациенток. Что касается IV стадии, то рецидив заболевания возник в среднем через 7,24 мес у 46,25% больных. Представленные данные, кроме того, подтверждают ведущую роль в прогнозе возникновения рецидива стадии злокачественного процесса: если при I стадии средний срок возникновения рецидива равен почти 5 годам, то при III стадии он несколько больше года, а при IV чуть больше полугода. Полученные данные подтверждают также необходимость раннего выявления рака вульвы с обязательным и своевременным излечением предраковых заболеваний, организацией профосмотров и диспансеризации.

Немаловажное значение для эффективности лечения имеет глубина инвазии опухоли. Нами были определены средние сроки возникновения рецидива после окончания лечения у больных с одинаковой стадией, но с разной глубиной инвазии опухоли.

Анализ средних сроков возникновения рецидивов у больных раком вульвы показал, что при увеличении глубины инвазии опухоли четко прослеживается уменьшение средних сроков возникновения рецидива.

Так, у больных с I стадией заболевания средний срок возникновения рецидива составил 59,35 мес, при глубине инвазии 1—2 мм — 74 мес, при глубине инвазии 3—4 мм — 49,28 мес, а при глубине 5 мм и более — 17,8 мес ($p < 0,05$).

У больных со II стадией заболевания средний срок возникновения рецидива составил 49 мес, при глубине инва-

зии опухоли 1—2 мм он равен 61,2 мес, при 3—4 мм — 42,16 мес, а при 5 мм и более — 38,57 мес ($p < 0,05$).

Подобная закономерность проявляется и у больных с III стадией рака вульвы. При среднем сроке 16,11 мес у больных с глубиной инвазии до 5 мм рецидив возникал через 19,9 мес, а с глубиной инвазии 5 мм и более — через 12,65 мес ($p < 0,05$).

При определении сроков возникновения рецидива рака вульвы у больных с IV стадией заболевания (общий срок возникновения рецидива 7,24 мес) в зависимости от глубины инвазии опухоли до 5 мм и более различий не выявлено (7,38 и 7,16 мес).

Таким образом, приведенные данные показывают, что следующим важным прогностическим фактором после степени распространения злокачественного процесса у больных раком вульвы является глубина инвазии опухоли: чем больше глубина инвазии, тем короче срок возникновения рецидива заболевания.

Представляло интерес выяснить сроки возникновения рецидива рака вульвы у больных в зависимости от того, каким методом проводилось лечение. Для этого мы подсчитали длительность безрецидивного периода внутри каждой стадии. Больные получали лечение комбинированным методом — это сочетание оперативного пособия и наружной лучевой терапии, и комплексным методом — это сочетание химиотерапии, оперативного пособия и наружной лучевой терапии.

У больных с I стадией рака вульвы, получавших лечение комбинированным методом, средний срок безрецидивного периода равен 56,9 мес, а при комплексном лечении — 75,7 мес. Данные разнятся, но статистической достоверности нами не получено.

Такая же закономерность выявлена и у больных со II стадией заболевания: комплексный метод лечения удлиняет безрецидивный период по сравнению с комбинированным лечением (52,16 и 44,53 мес соответственно).

У больных с III стадией заболевания отмечается достоверное увеличение безрецидивного периода в случае применения химиотерапии в комплексном лечении больных в сравнении с таковым при ее отсутствии — соответственно 18,11 и 13,54 мес ($p < 0,05$).

Аналогичные данные получены и у больных с IV стадией заболевания: применение химиотерапии отдалает срок возникновения рецидива заболевания (8,7 и 5,3 мес соответственно).

При определении эффективности лечения одним из значимых параметров является продолжительность жизни больного. При определении безрецидивной выживаемости в зависимости от стадии заболевания мы получили следующие данные: при I стадии 5-летняя безрецидивная выживаемость составила 46,7%, при II — 22,4%, а больные с III стадией без рецидива не доживают до 5 лет, у них отмечена только 3-летняя безрецидивная выживаемость, равная 2,5%. У больных с IV стадией отмечается безрецидивная одногодичная выживаемость, равная 2,7%. Таким образом, уменьшение безрецидивной выживаемости с увеличением стадии заболевания очевидно. Следующим фактором, влияющим на продолжительность жизни больной, является глубина инвазии опухоли. При изучении безрецидивной выживаемости больных в зависимости от глубины инвазии в идентичных группах по стадии заболевания выявлено, что у больных с I стадией рака вульвы и инвазией до 5 мм 5-летняя безрецидивная выживаемость составляла 50%, а с инвазией более 5 мм наблюдается только двухлетняя безрецидивная выживаемость, равная 2,4%. Такая же аналогия прослеживается и у больных с III стадией заболевания: при глубине инвазии до 5 мм наблюдается 3-летняя безрецидивная выживаемость, равная 3,4%, а при глубине инвазии более 5 мм отмечается только одногодичная безрецидивная выживаемость, равная 45,7%.

Представляло интерес проанализировать влияние проведенного первичного лечения на безрецидивную выживаемость. При определении безрецидивной выживаемости больных с разными стадиями подтвердилось положительное влияние включения химиотерапии в комплексное лечение. У больных раком вульвы II стадии безрецидивная 5-летняя выживаемость равна 13,8% при комбинированном методе лечения, а при включении химиотерапии в комплекс лечения она составляет 35%. У больных с III стадией заболевания при комбинированном методе лечения одногодичная безрецидивная выживаемость равна 40%, а при проведении химиотерапии достигает 66,7%, 2-летняя выживаемость при комплексном методе лечения равна 17,8%, а при комбинированном все больные не доживают до двух лет без рецидива. Итак, представленные данные позволяют заключить, что безрецидивная выживаемость больных зависит от стадии заболевания, глубины инвазии опухоли и проведенного лечения.

Таким образом, в изучаемой нами группе больных раком вульвы из 809 пациенток рецидив возник у 203 (25,09%). Наибольший процент рецидивирования наблюдался в IV стадии заболевания (46,25), меньший у больных с III стадией — 26,68. Реже появлялись рецидивы у больных со II и I стадией рака вульвы — соответственно в 20,5 и 18,2% случаев.

Рецидивы рака вульвы возникали чаще у женщин, которым на момент постановки диагноза было от 61 года до 70 лет и от 71 года до 80 лет (39,4 и 29,55% соответственно). На длительность безрецидивного периода существенное влияние оказывает стадия заболевания: чем выше стадия, тем меньше длительность безрецидивного периода (от 59,3 до 7,24 мес). Рецидивирование также зависит от глубины инвазии опухоли: чем больше инвазия опухоли, тем короче безрецидивный период. Такая зависимость четко прослеживается у больных раком вульвы в группах с одинаковой стадией заболевания.

Чаще всего рецидивы появляются в первые 3 года наблюдения после окончания лечения. У 73,19% больных рецидивы появились в первые 3 года наблюдения. Поэтому этот срок надо считать наиболее опасным периодом в плане возникновения рецидива, что диктует необходимость частого, динамичного диспансерного наблюдения больных с применением инструментально-лабораторных методов исследования для более раннего выявления рецидива опухоли с последующим незамедлительным лечением. В сроки от 3 до 5 лет рецидив возник только у 13,4% и свыше 5 лет — у 12,3% больных раком вульвы.

Метод первичного лечения также влияет на частоту возникновения рецидива, отмечено увеличение безрецидивного срока при включении химиотерапии в комплексное лечение рака вульвы.

Безрецидивная выживаемость больных зависит от стадии заболевания, глубины инвазии опухоли и метода лечения. 5-Летняя выживаемость при I стадии заболевания равна 46,7%, при II — 22,4%, а больные с III стадией имеют только 3-летнюю выживаемость, равную 2,5%. Чем больше инвазия, тем меньше безрецидивная выживаемость.

Применение химиотерапии в комплексе лечения способствует увеличению безрецидивной выживаемости больных раком вульвы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ate Van der Zee*. Современное лечение рака вульвы. Практическая онкология. 2009; 10 (2): 84—5.
2. Рак вульвы: этиопатогенетическая концепция / Ашрафян Л.А., Харченко Н.В., Киселев В.И. и др. М.: Молодая гвардия; 2006: 138—49.
3. *Вишневецкая Е.Е.* Рак вульвы (по материалам РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова). Онкологический журнал. 2008; 2—3 (7): 38—42.
4. *Пушкарев В.А., Мазитов И.М., Хуснутдинов Ш.М.* Клинические проявления и факторы риска у больных раком вульвы. Креативная онкология и хирургия. 2012; 2. <http://eoncolog.com>
5. *Урманчиева А.Ф.* Эпидемиология рака вульвы. Факторы риска и прогноза. Практическая онкология 2006; 7 (4): 189—96.
6. *Sznurkowski J.J., Zawrocki A., Emerich J.* Рак вульвы: современные подходы к лечению. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2011; 5: 65—70.
7. *Жаров А.В.* Хирургическое лечение больных раком вульвы. Практическая онкология. 2006; 7 (4): 205—15.
8. *Турчак А.В.* Причины возникновения рецидивов рака вульвы и перспективы их лечения. Онкология. 2009; 11 (2): 158—60.
9. *Черенков В.Г.* и др. Рак вульвы: патогенетические варианты, диагностика, лечение, пластические операции. Гинекология. 2010; 4: 78—82.
10. *Stehman F.B.* Инвазивный рак вульвы. В кн.: Дисан Ф.Дж., Кришман У.Т., ред. Клиническая онкогинекология. М.: Рид Элсивер; 2011; т. 1: 229—63.

REFERENCES

1. *Ate van der Zee*. Current treatment of vulvar cancer. *Prakticheskaya onkologiya*. 2009; 10 (2): 84—5 (in Russian).
2. Cancer of the vulva: etiopathogenetic concept / Ashrafyan L.A., Harchenko N.V., Kiselev V.I. et al. Moscow: Molodaya gvardia; 2006: 138—49 (in Russian).
3. *Vishnevskaya E.E.* Cancer of the vulva (based on RSPC OMP them. N.N. Alexandrov). *Onkologicheskiy zhurnal* 2008; 2—3 (7): 38—42 (in Russian).
4. *Pushkarev V.A., Mazitov I.M., Khusnutdinov S.M.* Clinical manifestations and risk factors in patients with cancer of the vulva. *Kreativnaya onkologiya i hirurgiya*. 2012; 2. Available at: <http://eoncolog.com> (in Russian).
5. *Urmanchieva A.F.* The epidemiology of cancer of the vulva. Risk factors and prognosis. *Prakticheskaya onkologiya*. 2006; 7 (4): 189—96 (in Russian).
6. *Sznurkowski J.J., Zawrocki A., Emerich J.* Cancer of the vulva: modern approaches to treatment. *Meditzinskie aspekty zdorovya zhenshchiny*. 2011; 5: 65—70 (in Russian).
7. *Zharov A.* Surgical treatment of patients with cancer of the vulva. *Prakticheskaya onkologiya*. 2006; 7 (4): 205—15 (in Russian).
8. *Turchak A.V.* Causes of recurrence of cancer of the vulva and the prospects for their treatment. *Onkologiya*. 2009; 11 (2): 158—60 (in Russian).
9. *Cherenkov V.G.* et al. Cancer of the vulva: pathogenetic variants, diagnosis, treatment, plastic surgery. *Ginekologiya*. 2010; 4: 78—82 (in Russian).
10. *Stehman F.B.* Invasive cancer of the vulva. In: Dis F.J., Chrisman U.T., eds. *Clinical cancers*. Moscow: Rid Elsvier; 2011; vol. 1: 229—63 (in Russian).

Поступила 08.11.13