

АНАЛИЗ СРОКОВ ПОЯВЛЕНИЯ РЕЦИДИВОВ И БЕЗРЕЦИДИВНОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ВУЛЬВЫ

Якуббекова С. С.

доцент кафедры онкологии Андижанский

государственный медицинский институт Город Андижан

Актуальность

Рак вульвы является заболеванием весьма агрессивным, так как обладает выраженной склонностью к быстрому росту, раннему метастазированию и рецидивированию. По сводным литературным данным, пятилетняя выживаемость больных после различных методов лечения колеблется в пределах 24,5–55,9%. Неменьшую трудность представляет собой лечение рецидивов рака вульвы, который, по данным литературы, встречается у 30–60 % больных в течение первых пяти лет. В силу особенностей анатомо-топографического строения наружных половых органов с чрезвычайно богато-развитой сетью лимфатических сосудов, рак данной локализации является заболеванием весьма агрессивным, т.к. обладает выраженной склонностью к быстрому росту, раннему метастазированию и рецидивированию[7].

Цель Изучить частоту и сроки возникновения рецидивов рака вульвы (РВ) в зависимости от стадии заболевания и глубины инвазии опухоли.

Материал и методы

Проанализированы данные 809 больных РВ, находившихся на лечении в РСНПЦОиР Аф в течение 20 лет. У 203 (25,1%) из 809 больных выявлен рецидив РВ. У всех больных выявлен плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки.

Результаты

Анализ частоты и сроков возникновения рецидивов РВ в зависимости от стадии заболевания показал следующее: при I стадии из 164 больных рецидив возник у 30 (18,3%), при II – из 239 у 49 (20,5%), при III – из 326 у 87 (26,7%) и при IV стадии – из 80 у 37 (46,3%). Чаще всего рецидивы появлялись в первый год после завершения комплексного или комбинированного лечения: у 39,7%, от 1 до 3 лет – у 33,5%, свыше 3 лет – у 13,4%, свыше 5 лет – только у 12,3%. В зависимости от стадии заболевания, через год наблюдения после завершения лечения рецидив появился у 10% больных с I стадией, у 8,5% со II, у 45% с III стадией и в 97,3% с IV. При I стадии рецидив возник в среднем через $59,4 \pm 6,2$ мес, при II стадии – через $46,9 \pm 3,4$ мес, при III – через $16,9 \pm 0,9$ мес, при IV стадии через $7,2 \pm 0,3$ мес. В зависимости от глубины инвазии опухоли получили следующие данные: с I стадией при инвазии 1-2 мм – средний срок

возникновения рецидивов РВ равен $74 \pm 4,5$ мес, при 3-4 мм – $49,3 \pm 3,7$, выше 5 мм – $17,8 \pm 2,7$ мес ($p < 0,05$). Подобная закономерность прослеживается при II и III стадиях заболевания.

Очень важна обширная резекция опухоли, и при наличии показаний выполняется паховая лимфаденэктомия. Известно, что рецидивы рака вульвы часто бывают нерезектабельными. Кроме того они рефрактерны к химиорадиотерапии. Резистентны к химиорадиотерапии. Для улучшения результатов лечения все пациентки с рецидивом опухоли получали химиотерапию до операции. Химиотерапия на основе платины применялась циклофосфаном, доксорубицином или комбинацией препаратов на основе платины и блеомицина. Некоторым пациентам потребовалось 2-3 курса химиотерапии, прежде чем стало возможным проведение операции. После химиотерапии всем пациенткам было проведено хирургическое лечение.

Выводы. Четко прослеживается увеличение количества больных с рецидивами РВ по мере увеличения стадии заболевания. Исходя из сроков возникновения рецидивов следует, что в первые 3 года после завершения лечения нужно быть особенно настороженными в плане возникновения рецидива заболевания, который возник, по нашим данным, у 73,19%, поэтому необходимо регулярное диспансерное наблюдение за больной не реже одного раза в 3 месяца. Важным прогностическим фактором у больных раком вульвы также является глубина инвазии опухоли: чем больше глубина инвазии, тем короче срок возникновения рецидива. При рецидиве рака вульвы показана химиотерапия.

Химиотерапия с попыткой хирургического вмешательства в объеме резекции опухоли, насколько это возможно, и последующей химиорадиотерапией значительно повышает вероятность рецидива. Химиотерапия с попыткой хирургического вмешательства с резекцией максимально возможного объема опухоли и последующей химиорадиотерапией значительно увеличивает продолжительность жизни пациента. Ожидаемая продолжительность жизни пациента.

Список литературы

1. Ате Ван дер Зе. 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. Вишневская 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://eoncosurg.com>
5. Урманчеева 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., Крисман У Т., ред. Клиническая онкогинекология. М.: Рид Элсивер; 2011; т. 1: 229-63.