

УДК 618.16-006.6-07

## АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ФОРМ КАРЦИНОМЫ ВУЛЬВЫ

*Р.Ш. Шалбаева, М.Р. Кайрбаев*

Представлены основной дизайн и протокол лечения нераспространенных или ранних форм рака вульвы. Показана роль мультидисциплинарного подхода.

*Ключевые слова:* карцинома вульвы; алгоритм; диагностика; лечение.

---

## ALGORITHM OF DIAGNOSIS AND TREATMENT IN EARLY STAGE OF VULVAR CANCER

*R.Sh. Shalbaeva, M.R. Kairbaev*

The paper presents the basic design and treatment protocol in no advanced or early forms of the vulvar cancer. The role of the multidisciplinary approach is showed.

*Keywords:* vulvar carcinoma; the algorithm; diagnostics; treatment.

**Введение.** Карцинома вульвы (КВ) относится к редким заболеваниям, составляя около 4 % всех опухолей женских гениталий. Это заболевание женщин пременопаузального возраста. Более 90 % всех злокачественных опухолей вульвы – это плоскоклеточные раки. Меланомы, аденокарциномы, базально-клеточные и веррукозные карциномы, саркомы и другие заболевания представляют оставшиеся 10 %. Большинство плоскоклеточных карцином вульвы возникает в больших половых губах, хотя также могут поражаться малые половые губы, область клитора и промежности [1].

Интраэпителиальная неоплазия вульвы (VIN) III у некоторых больных является преинвазивным состоянием и при выявлении должна быть пролечена поверхностным иссечением, также возможно применение лазерной терапии [2, 3].

Лечение инвазивной КВ должно быть мультидисциплинарным и индивидуализированным, все больные должны направляться в специализированные онкогинекологические отделения [4].

Цель исследования – оптимизация диагностики и лечения рака вульвы.

**Материал и методы исследования.** Материалом исследования явились пациентки с КВ, находившиеся на лечении в отделении онкогинекологии Казахского НИИ онкологии и радиологии

с 2003 по 2012 г. Всего было пролечено 594 пациентки с КВ I–II стадий. Согласно Международной классификации болезней, КВ был присвоен код – C-51, в том числе большая половая губа (C-51.0); малая половая губа (C-51.1); клитор (C-51.2); поражение вульвы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций (C-51.8); поражение вульвы неуточненной части (C-51.9).

**Результаты исследования.** Стадия при РКВ выставляется на основании данных патолого-хирургических находок (таблица 1). Ранние стадии были выявлены у 594 пациенток КВ, удельный вес по стадиям колебался от 54,1 % в 2004 г. до 75,4 % – в 2012 г.

**Лечение. Плоскоклеточная карцинома вульвы.** Диагноз должен подтверждаться до начала лечения с помощью биопсии под местной анестезией (идеально подходит для биопсии игла Keys, 4 мм). Биопсия должна включать подлежащую строму. Желательно не иссекать все образование во время биопсии, так как это затрудняет дальнейшее планирование радикального удаления образования. Если образование  $\leq 2$  см в диаметре и глубина стромальной инвазии  $\leq 1,0$  мм по данным биопсии, необходимо полное широкое иссечение образования для тщательного определения глубины инвазии в строму.

Таблица 1 – Карцинома вульвы: номенклатура FIGO (2009)

| Стадия     | Признаки заболевания  |
|------------|---|
| Стадия I   | Ограничена вульвой  |
| IA         | Образование $\leq 2$ см в диаметре, ограниченное вульвой, промежностью со стромальной инвазией $\leq 1,0$ мм*, без метастазов в лимфатические узлы  |
| IB         | Образование $> 2$ см в диаметре или со стромальной инвазией $> 1,0$ мм*, ограниченное вульвой или промежностью, без метастазов в лимфатических узлах  |
| Стадия II  | Опухоль любого размера с распространением на прилежащие структуры промежности (нижняя 1/3 уретры, нижняя 1/3 влагалища, анус) без метастазов в лимфатические узлы   |
| Стадия III | Опухоль любого размера с или без распространения на прилежащие структуры промежности (нижняя 1/3 уретры, нижняя 1/3 влагалища, анус) с метастазами в пахово-бедренные лимфатические узлы  |
| IIIA       | (i) метастаз в 1 л/узле ( $\geq 5,0$ мм) или (ii) 1–2 метастатических л/узла ( $\leq 5,0$ мм)   |
| IIIB       | (i) 2 и более метастатических л/узла ( $\geq 5,0$ мм) или (ii) 3 и более метастатических л/узла ( $< 5,0$ мм)   |
| IIIC       | Метастазы в л/узлы с экстракапсулярным ростом   |
| IV         | Опухоль прорастает в другие соседние структуры (верхние 2/3 уретры, верхние 2/3 влагалища) или имеются отдаленные метастазы   |
| IVA        | Опухоль поражает одну из следующих структур:<br>- (i) слизистая верхней уретры и/или верхней части влагалища, слизистую прямой кишки, или фиксирована к костям таза, или<br>- (ii) фиксированные или изъязвленные пахово-бедренные л/узлы |
| IVB        | Любые отдаленные метастазы, включая тазовые лимфатические узлы  |

Примечание. \* – глубина инвазии определяется измерением опухоли от эпителиально-стромального соединения прилежащего наиболее поверхностного сосочка кожи до наиболее глубокой точки инвазии.

**Исследования, рекомендуемые для выработки плана лечения:** пап-тест с вульвы и шейки матки при ее наличии.

Кольпоскопия шейки и влагалища, так как плоскоклеточные образования вульвы часто ассоциируются с другими плоскоклеточными интраэпителиальными образованиями.

Компьютерная томография таза и паховых областей помогает выявить увеличенные лимфатические узлы в тазу, особенно при наличии пальпируемых лимфатических узлов в паховой области.

Рутинные исследования крови и рентген органов грудной клетки выполняются на предоперационном этапе.

В лечении КВ стандартной операции не существует. Цель хирургического лечения состоит в полном удалении опухоли с максимальным сохранением органа в том объеме, который обеспечивает контроль над заболеванием. В принятии решения о методах лечения, необходимо подбирать наиболее подходящий метод как для первичного очага, так и для регионарных зон (пахово-бедренных) независимо друг от друга [5].

**Ранние стадии заболевания.** С целью снижения психосексуальной заболеваемости, связанной

с удалением всей вульвы, необходимо стремиться к максимально консервативным вмешательствам при локализованных опухолях без ущерба для радикальности (рисунок 1). Так, радикальное локальное иссечение в отношении местного рецидива одинаково эффективно по сравнению с радикальной вульвэктомией [2, 4].

Хирургическое удаление опухоли должно обеспечивать как минимум 1 см от опухоли до края резекции в горизонтальном направлении, в глубину необходимо доходить до нижней фасции урогенитальной диафрагмы, которая залегает на одном уровне с широкой фасцией бедра и фасцией, покрывающей лонный симфиз [4]. Если образование близко к уретре, можно резецировать дистальную часть уретры до 1 см без риска возникновения недержания мочи. Любые имеющиеся очаги VIN должны быть иссечены поверхностно для улучшения качества жизни и исключения поверхностной инвазии.

Подводя итог сказанному выше, можно отметить, что лечение карциномы вульвы должно быть строго индивидуализированным и выполняться в зависимости от стадии или степени распространенности опухолевого процесса. Ранними формами

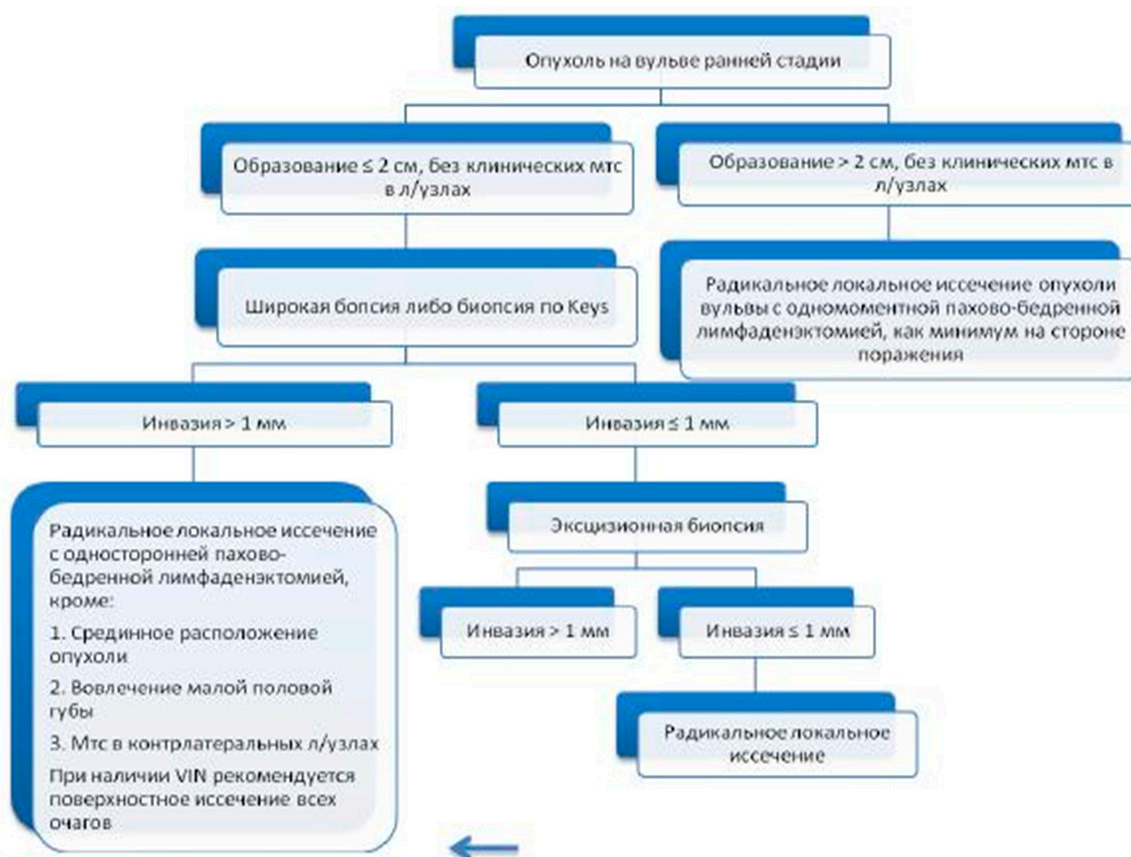


Рисунок 1 – Алгоритм лечения первичной опухоли вульвы ранней стадии

рака вульвы являются опухоли, не распространяющиеся за пределы самого органа и не превышающие 2 см в диаметре. Повсеместно принято, что эти опухоли относятся к визуально определяемым локализациям. За исследуемый период времени доля пациенток с ранними стадиями рака вульвы растет. В зависимости от глубины инвазии объем хирургического вмешательства может меняться, в том числе и необходимость лимфаденэктомии на стороне поражения. В целом, прогноз при ранних формах карциномы вульвы благоприятный.

#### Литература

1. *Fonseca-Moutinho J.A., Coelho M.C., Silva D.P.* Vulvar squamous cell carcinoma. Prognostic factors for local recurrence after primary en bloc radical vulvectomy and bilateral groin dissection // *J. Reprod. Med.* 2000. V. 45 (8). P. 672–8.
2. *Heaps J.M., Fu Y.S., Montz F.J. et al.* Surgical-pathologic variables predictive of local recurrence in squamous cell carcinoma of the vulva // *Gynecol. Oncol.* 1990. V. 38 (3). P. 309–14.
3. *Köhler U., Schöne M., Pawlowitsch T.* Results of an individualized surgical therapy of vulvar carcinoma from 1973–1993 // *Zentralbl. Gynekol.* 1997. V. 119. Suppl. 1. P. 8–16.
4. *Chan J.K., Sugiyama V., Pham H. et al.* Margin distance and other clinicopathologic prognostic factors in vulvar carcinoma: a multivariate analysis // *Gynecol. Oncol.* 2007. V. 104 (3). P. 636–41.
5. *Sago N., Nakao Y., Iwasaka T.* Prognostic factors of vulvar cancer // *Gan. To. Kagaku. Ryoho.* 2006. V. 33 (13). P. 1991–7.