

Мухин А.А., Жаров А.В., Чернова Л.Ф., Губайдуллина Т.Н., Кравченко Г.Р., Шимоткина И.Г.

Снижение послеоперационных осложнений у пациенток при раке вульвы с выраженной сопутствующей патологией

ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер», ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск

Mukhin A.A., Zharov A.V., Chernova L.F., Gubaidullina T.N., Kravchenko G.R., Shimotkina I.G.

Decrease of postoperative complications in patients with cancer of the vulva with severe comorbidities

Резюме

Основную группу составили 42 больных, которым выполнена вульвэктомия с пластикой и ограниченная по объему или отсроченная лимфаденэктомия из-за сопутствующей патологии. Контрольная – 44 пациентки, им произведена односторонняя вульвэктомия с пластикой и двухсторонняя пахово-бедренная лимфаденэктомия. В основной группе рестадирирование после оперативного лечения с увеличением стадии выявлено у 3 (7,1 %) пациенток. В контрольной – у 7 (15,9 %) с увеличением и у 1 (2,2 %) с уменьшением стадии, в этой группе рестадирирование в сторону увеличения стадии происходило, за счёт выявления метастазов в клинически неизменённых лимфоузлах. В основной группе рестадирирование проводилось реже, но при этом возрастал риск роста метастазов в неудаляемых лимфоузлах. Отсроченная или ограниченная по объему пахово-бедренная лимфаденэктомия при раке вульвы несколько снижает отдалённые результаты лечения, но позволяет снизить риск послеоперационных осложнений и летальность у пациенток с выраженной сопутствующей патологией.

Ключевые слова: рак вульвы, сопутствующая патология, пахово-бедренная лимфаденэктомия

Summary

The main group consisted of 42 patients which completed vulvectomy with plastic and limited by volume or delayed lymphadenectomy because of accompanying disease. The control group – 44 patients which completed monoblock vulvectomy with plastic and double-sided inguinal-femoral lymphadenectomy. In main group restaging after operational treatment with increase stage was revealed 3 (7.1 %) patients. In control – 7 (15.9 %) with increase and 1 (2.2 %) decreasing. In this group restaging to increase stage happened because of identify metastases in clinically unmodified лимфоузлах. In main group restaging happens less often, but the risk of growing metastases in unremoved lymph nodes is increasing. Delayed or limited by volume inguinal-femoral lymphadenectomy in cancer of the vulva several reduces the long-term results of treatment but it allows to reduce risk postoperative complications and mortality patients with expressed accompanying pathology.

Keywords: cancer of vulva, accompanying pathology, inguinal-femoral lymphadenectomy

Введение

Рак вульвы является доступной для визуальной оценки локализацией, при этом более половины пациенток поступают в лечебное учреждение с распространёнными стадиями заболевания, когда в опухолевый процесс вовлекаются уретра, влагалище, анус, имеются метастазы в пахово-бедренных и тазовых лимфатических узлах.

Многие авторы предлагают использовать оперативное лечение в объеме вульвэктомии с двусторонней пахово-бедренной лимфаденэктомией в качестве «золото-

того стандарта» хирургического вмешательства при всех резектабельных формах рака вульвы [1,2]. Применение данной тактики лечения привело к увеличению выживаемости до 90 % среди всех пациенток с данной патологией без метастазирования в лимфатические узлы (I и II стадии) в течение пяти лет и общей выживаемости около 70 % [3]. Однако оперативное вмешательство часто сопровождалось возникновением осложнений из-за большого объема операции. Проведение оперативного лечения в запланированном объеме не всегда возможно

Таблица 1. Распределение пациенток с сопутствующей патологией в основной и контрольной группах

Патология \ Группа	Основная (n = 42)	Контрольная (n = 44)
Сердечно-сосудистая:		
Гипертоническая болезнь I стадии	4 (9,5 %)	6 (13,6 %)
Гипертоническая болезнь II стадии	8 (19,0 %)	14 (31,8 %)
Гипертоническая болезнь III стадии	16 (38,1 %)	11 (25,0 %)
Ишемическая болезнь сердца	20 (47,6 %)	9 (20,5 %)
Хроническая сердечная недостаточность	25 (59,5 %)	13 (29,5 %)
Сахарный диабет 2 типа	11 (26,1 %)	7 (15,9 %)
Ожирение II – III степени	13 (30,9 %)	8 (18,2 %)
Дисциркуляторная энцефалопатия II – III степени	9 (21,4 %)	7 (15,9 %)

Таблица 2. Сочетание патологии в основной и контрольной группе

патология \ группа	Основная (n = 42)	Контрольная (n = 44)
2 патологии	12 (28,6 %)	7 (15,9 %)
3 и более патологии	8 (19,0 %)	5 (11,4 %)

виду выраженной сопутствующей патологии [4]. Сопутствующие заболевания имеются у 70,7% больных, первое место среди них занимают сердечно-сосудистые заболевания (37,5%)[5]. Необоснованное уменьшение объема операции существенно снижает отдаленные результаты лечения.

Применение реконструктивно-пластических операций на наружных половых органах увеличивает возможности хирургического лечения рака вульвы, что позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений и улучшает функциональные и косметические результаты лечения [6,7].

Цель исследования - улучшение результатов лечения пациенток с выраженной сопутствующей патологией со злокачественными опухолями вульвы, путем выполнения отсроченной или ограниченной по объему пахово-бедренной лимфаденэктомии.

Материалы и методы

В исследовании включены 86 пациенток с диагнозом рак вульвы. Все больные получали специальное лечение в ГБУЗ «ЧОКОД». Первую группу (основная) составили 42 пациентки, которым выполнена вульвэктомия с пластикой с отсроченной или с ограниченной по объему лимфаденэктомией из-за имеющейся сопутствующей патологии. Вторую группу (контрольная) составили 44

больные, получившие хирургическое лечение в объеме однобочной вульвэктомии с пластикой и двухсторонней пахово-бедренной лимфаденэктомией.

Возраст больных варьировал от 41 года до 86 лет. Средний возраст пациенток в основной группе составлял 64,3 ± 1,41 года, в группе контроля – 64,6 ± 1,25 года.

Распределение больных в зависимости от наличия сопутствующей патологии в основной и контрольной группах представлено в таблице 1. Из данной таблицы видно, что в основной группе преобладали пациентки с более тяжелой сопутствующей патологией.

В таблице 2 представлено распределение пациенток с сочетанием 2 и более сопутствующих заболеваний. Из представленных данных видно, что в основной группе количество пациенток с сопутствующей патологией больше, что определяло дальнейшую тактику лечения.

По гистологической структуре опухоли распределение больных в основной группе было следующим: плоскоклеточный ороговевающий рак – 41 (97,7 %), плоскоклеточный неороговевающий рак – 1 (2,3 %). В контрольной группе: плоскоклеточный ороговевающий рак – 42 (95,6 %), плоскоклеточный неороговевающий рак – 1 (2,2 %), недифференцированный рак – 1 (2,2 %).

Распределение пациенток в зависимости от размера и распространенности первичной опухоли, и соответствующей стадии данного заболевания, согласно классифика-

Таблица 3. Стадирование пациенток в основной группе в зависимости от размера и распространенности первичной опухоли

	I стадия	II стадия	III стадия	IV стадия
T1	1 (2,4 %)	-	1 (2,4 %)	-
T2	-	18 (42,8 %)	11 (26,1 %)	2 (4,7 %)
T3	-	-	9 (21,4 %)	-
Всего	1 (2,4 %)	18 (42,8 %)	21 (50 %)	2 (4,7 %)

Таблица 4. Стадирование пациенток в контрольной группе в зависимости от размера и распространенности первичной опухоли

	I стадия	II стадия	III стадия	IV стадия
T1	1 (2,2 %)	-	-	1 (2,2 %)
T2	-	13 (29,5 %)	3 (6,8 %)	6 (13,6 %)
T3	-	-	15 (34,1 %)	5 (11,4 %)
Всего	1 (2,2 %)	13 (29,5 %)	18 (40,9 %)	12 (27,3 %)

ци злокачественных опухолей 6 издания представлено в таблице 3 и 4. Из полученных данных видно, что в контрольной группе чаще чем в основной встречаются пациентки с IV стадией заболевания, что учитывая меньшую сопутствующую патологию и обусловило изначально большой объем оперативного лечения (вульвэктомия с пластикой и двусторонняя пахово-бедренная лимфаденэктомия).

По локализации опухоли в основной группе пациентки распределились следующим образом: область клитора – 9 (21,4 %) пациенток, малые половые губы – 3 (7,1 %), большие половые губы – 10 (23,8 %), малые и большие половые губы – 18 (42,8 %), мультицентрическое расположение опухоли – 2 (4,7 %). Контрольная группа: клитор – 16 (36,4 %), малые половые губы – 1 (2,2%), большие половые губы – 9 (20,5 %), малые и большие половые губы – 14 (31,8 %), мультицентрическое расположение опухоли – 4 (9,1 %).

Форма роста опухоли в основной группе: экзофитная – 26 (61,9 %) пациенток, эндофитная – 6 (14,2 %), смешанная – 12 (28,6 %). В контрольной экзофитная – 21 (47,7 %) пациентка, эндофитная – 9 (20,5%), смешанная – 14 (31,8 %).

Оперативное лечение, выполненное на первом этапе в основной группе: вульвэктомия с пластикой 18 (42,8 %) пациенток, 14 (33,3 %) в последующем дополнена отсроченной пахово-бедренной лимфаденэктомией: 3 (7,1 %) одномоментная двусторонняя лимфаденэктомия, 3 (7,1 %) двусторонняя лимфаденэктомия в различные сроки, 8 (19,1 %) односторонняя лимфаденэктомия. Вульвэктомия с пластикой с односторонней пахово-бедренной лимфаденэктомией выполнена 24 (57,1 %) пациенткам, в последующим 6 (14,2 %) больным выполнена контрлатеральная лимфаденэктомия. В контрольной группе - вульвэктомия единым блоком с двусторонней пахово-бедренной лимфаденэктомией произведена у 44 (100 %) пациенток, у 6 (13,6 %) из них пахово-бедренная лимфаденэктомия дополнена односторонней подвздошной лимфаденэктомией.

Результаты и обсуждение

Важной проблемой оперативного лечения рака вульвы является наличие послеоперационных осложнений, они в свою очередь делятся на осложнения со стороны первичного очага (некрозы перемещенных кожно-фасци-

альных лоскутов), в области пахово-бедренной лимфаденэктомии (краевые некрозы кожи послеоперационной раны, лимфатические затеки), а также осложнения связанные с обострением экстрагенитальной патологии [7].

Осложнения со стороны первичного очага в основной группе у 3 (7,1 %) пациенток, в контрольной – 4 (9,1 %). Со стороны пахово-бедренной лимфаденэктомии в основной группе 7 (16,6 %) больных, в контрольной – 10 (22,7 %).

Экстрагенитальные осложнения в основной группе наблюдались у 6 (14,8 %) пациенток, в контрольной у 8 (18,2 %). В контрольной группе 2 пациенткам понадобился перевод в специализированное отделение (кардиологическое, реанимационное). Из представленной таблицы 5 видно, что тяжесть и сочетание осложнений выше в контрольной группе. Следовательно, уменьшение объема хирургического вмешательства у пациенток с более выраженной сопутствующей патологией, приводит к снижению риска возникновения осложнений.

Прогноз заболевания больных раком вульвы зависит прежде всего от наличия метастатически пораженных регионарных пахово-бедренных лимфатических узлов, но не всегда отсутствие увеличенных лимфатических узлов говорит о невозможности их метастатического поражения. В связи с более полным объемом оперативного лечения в контрольной группе рестадирирование происходило чаще, чем в основной группе. Состояние паховых лимфатических узлов до операции в основной группе было следующим. Не пальпировались с двух сторон у 14 (33,3 %) пациенток, из них у 2 (4,7 %) пациенток в последующем выявлено прогрессирование процесса в виде метастатического поражения лимфатических узлов с одной стороны. Увеличены с одной стороны – 20 (47,6 %) пациенток, у 12 (28,5 %) из них выявлено метастатическое поражение лимфатических узлов и у 2 (4,7 %) в последующем выявлено метастатическое поражение контрлатеральных непальпируемых лимфатических узлов. Увеличены с двух сторон у 8 (19,0 %) пациенток, у 4 (9,5 %) выявлено двустороннее метастатическое поражение лимфатических узлов. В контрольной группе: не пальпировались с двух сторон у 14 (31,8 %) пациенток, из них у 1 (2,2 %) пациентки после оперативного лечения при гистологическом исследовании выявлено метастатическое поражение лимфатических узлов с одной стороны. Увеличены с одной стороны – 16 (36,6 %) пациенток, у

7 (15,9 %) – метастатическое поражение пальпируемых лимфатических узлов, у 4 (9,1 %) выявлено метастатическое поражение контралатеральных непальпируемых лимфатических узлов. Увеличены с двух сторон: 14 (31,8 %) пациенток, при этом двустороннее поражение лимфатических узлов наблюдалось у 7 (15,9 %) пациенток, в 3 (6,8 %) случаях наблюдалось одностороннее метастатическое поражение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии метастатически пораженных лимфатических узлов, которые не выявляются клиническими и инструментальными методами исследования.

При первичном обращении пациентки устанавливалась стадия заболевания, но при проведении оперативного лечения возникала необходимость в рестадировании

опухолевого процесса. На рисунке 1 и 2 представлено распределение пациенток в основной и контрольной группах до и после операции. Рестадирование после оперативного лечения в основной группе с увеличением стадии произошло у 3 (7,1 %) пациенток, в контрольной группе было выполнено у 7 (15,9 %) пациенток с увеличением стадии и у 1 (2,2 %) больной с уменьшением. В основной группе увеличение стадии произошло у 3 (7,1 %) пациенток. Рестадирование пациенток по стадиям согласно классификации TNM в основной группе у 1 (2,3 %) пациентки до операции T2N0M0, после T2N1M0, у 2 (4,7 %) пациенток T3N0M0 – T3N1M0. В контрольной группе было следующим: 1 (2,2%) пациентка до операции T1N0M0, после T1N2M0, 3 (6,8 %) пациентки T2N1M0 –

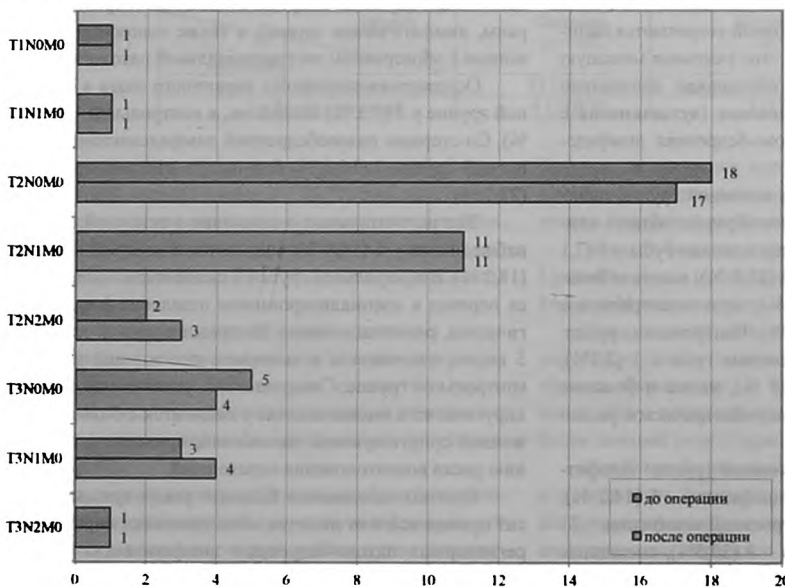


Рис. 1. Распределение пациенток в основной группе согласно классификации TNM до и после операции с учетом рестадирования

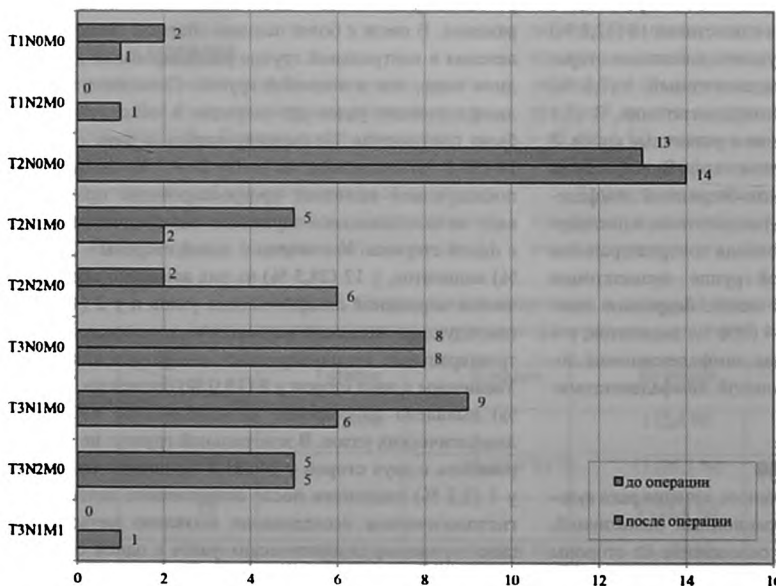


Рис. 2. Распределение пациенток в контрольной группе согласно классификации TNM до и после операции с учетом рестадирования

Таблица 5. Возникшие осложнения в послеоперационном периоде
в основной и контрольной группах.

Осложнения	Основная группа	Контрольная группа
Сердечно-сосудистого характера (ИБС, стенокардия, ТЭЛА, ПТФС)	1	3
Сахарный диабет декомпенсация	1	1
Анемия (переливание Э.массы)	1	1
Пневмония	1	2
Кожные проявления (аллергические реакции, токсический дерматит, присоединение инфекции)	0	3
Психосоматические нарушения (ДЭП, синдром когнитивных нарушений)	3	2
Мочевыделительной системы (атония мочевого пузыря, пиелонефрит, токсическая нефропатия)	2	1

T2N2M0, 2 (4,5 %) пациентки T3N1M0 – T3N2M0, 1 (2,2 %) пациентка T3N1M0 – T3N1M1, 1 (2,2 %) пациентка T2N2M0 – T2N0M0. Таким образом, 6 (13,6 %) пациенток перешли из I, III стадии в IV и 1 больная из I в IV стадию.

Таким образом, в контрольной группе чаще проводилось рестадирирование процесса в сторону увеличения стадии, за счёт выявления метастазов в, казалось бы, неизменённых лимфатических узлах. В основной группе рестадирирование проводилось реже, но при этом возрос риск роста метастазов в не удалённых лимфатических узлах.

Заключение

Уменьшение объема оперативного лечения, а также проведение отсроченной пахово-бедренной лимфаденэктомии при раке вульвы позволяет снизить риск послеоперационных осложнений у пациенток с выраженной сопутствующей патологией. В свою очередь своевременно

выполненная отсроченная лимфаденэктомия позволяет удалить поражённые лимфатические узлы, которые не выявляются клиническими и инструментальными методами исследования, а также позволяет более точно прогнозировать заболевание у пациенток с выраженной сопутствующей патологией.■

Мухин А.А., профессор, д.м.н. Жаров А.В., к.м.н. Чернова Л.Ф., к.м.н. Губайдуллина Т.Н., к.м.н. Кравченко Г.Р., к.м.н. Шимоткина И.Г., ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер», ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск; Автор, ответственный за переписку - Мухин Арсентий Андреевич, 454087, г. Челябинск, ул. Блюхера 42, телефон 89193536584, эл. почта: robokon@mail.

Литература:

1. Way S. Carcinoma of the vulva. *Am J Obstet Gynecol* 1960; 79 : 692 - 7.
2. Way S. The anatomy of the lymphatic drainage of the vulva and its influence on radical operation for carcinoma. *Ann R Coll Surg Engl* 1948; 3 : 187 - 209.
3. Hacker NF. Vulvar cancer. In: Berek JS, Hacker NF. editors. *Practical Gynecologic Oncology: 3rd ed.* Baltimore: Williams and Wilkins; 2000. p. 553 - 96.
4. Кузнецов В.В. Рак вульвы: факторы прогноза, лечение / В.В. Кузнецов, В.Н. Мехтиев, Е.В. Коржевская и др. // *Соврем. онкология.* – 2000. – Т.2. № 2. – С. 37 - 39.
5. Опыт различных видов лечения новообразований вульвы. Kaya S., Grillo M., Gent H.-J. *Ergebnisse unterschiedlicher Therapieformen bei Vulva-Neoplasien // Zbl. Gynacol.* – 1991. – Bd.113, №3. – S.141-147.
6. Жаров А.В. Камбинированные и реконструктивные операции у больных раком вульвы: дис. д-ра мед наук / А.В. Жаров. М., 2002.
7. Жаров А.В. Оптимизация лечения больных раком вульвы / А.В. Жаров. А.В. Важенни. - Челябинск, 2005.