

ЛІТЕРАТУРА

1. Рак в Україні, 20011 – 2012. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / уклад.: З. П. Федоренко, Ю. Й. Михайлович, Л. О. Гулак [та ін.] // Бюл. Нац. канцер-реєстру України. — К., 2013. — № 14. — 120 с.
2. High dose rate versus low dose rate intracavity brachytherapy for locally advanced cervical cancer / X. Wang, R. Liu, B. Ma [et al.] // Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2010. — Vol. 7. — P. 2.
3. Limbergen V. Научно-обоснованные рекомендации по проведению лучевой терапии при раке шейки матки / V. Limbergen // Современные аспекты онкогинекологии: материалы Европейской школы онкологии. — М., 2009. — С. 11–27.
4. Семикоз Н. Г. Радиомодификация фторафуром при лучевой терапии злокачественных опухолей / Н. Г. Семикоз // Фторафур — интеграция в современные схемы химиотерапии: материалы Международ. конф. (г. Юрмала, Латвия, 26 августа 2011 г.). — Юрмала, 2011. — С. 95–97.
5. Фторафур — первый пероральный фторпиримидин в терапии метастатического колоректального рака / А. В. Манзюк, Н. И. Преводчикова, В. А. Горбунова [та ін.] // Современ. онкология. — 2001. — Т. 3, № 4. — С. 1–5.
6. Practice Patterns of Radiotherapy in Cervical Cancer Among Member Groups of the Gynecologic Cancer Intergroup (GCIIG) / D. Gaffney, A. Dubois, K. Narayan [et al.] // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. — 2007. — Vol. 68. — P. 485–490.
7. Recommendations from Gynaecological (GYN) GEC-ESTRO Working Group (I): concepts and terms in 3D image based 3D treatment planning in cervix cancer brachytherapy with emphasis on MRI assessment of GTV and CTV / Ch. Haie-Meder, R. Potter, E. Van Limbergen [et al.] // Radiother. Oncol. — 2005. — Vol. 74. — P. 235–245.
8. Клиническое и радиобиологическое планирование брахитерапии местнораспространенного рака шейки матки / Кравец О. А., Андреева Ю. В., Козлов О. В., Нечушкин М. И. // Мед. физ. — 2009. — № 2 (42). — С. 10–17.
9. Дослідження можливості об'єктивної оцінки відгуку місцевопоширених карцином шийки матки на цитотоксичну терапію / В. С. Іванкова, Г. М. Шевченко, Т. В. Хруленко [та ін.] // УРЖ. — 2009. — Т. XVII, вип. 3. — С. 290–293.

О. А. Міхановський, О. В. Слободянюк

ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України», Харків

АНАЛІЗ 5-РІЧНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ВУЛЬВИ

Мета роботи. Аналіз результатів хірургічного, комбінованого і комплексного лікування хворих на рак вульви (РВ) I–IV стадій.

Матеріали та методи. Обстежено 34 хворих на РВ I–IV стадій. Хірургічне лікування виконували в об'ємі розширеної вульвектомії за методом Бохмана.

Хворим на РВ T1N0M0 комбіноване лікування починали з хірургічного втручання з подальшим проведенням післяопераційного курсу дистанційної гамма-терапії (ДГТ) на зону вульви на апараті РОКУС-М у режимі класичного фракціонування (РОД 2 Гр) сумарною осередковою дозою (СОД) 40 Гр. Хворим на РВ з T2–3N0–1M0–1 до операції проводили курс ДГТ на зону вульви СОД 30 Гр з радіомодифікацією цисплатином 100 мг один раз на тиждень. Післяопераційний курс ДГТ продовжували через 2–3 тижні після операції до досягнення СОД 45–50 Гр. Пацієнткам з T1–3N1M0 РВ додатково проводили курс ДГТ на зону пахових лімфатичних вузлів СОД 40 Гр, а також 4–6 циклів ад'ювантної хіміотерапії за схемою «цисплатин, циклофосфан, вінкристин».

Результати. Безрецидивна і 5-річна виживаність хворих склала 79,4 і 91,2 %, відповідно. Рецидиви і метастази були виявлені в 7 хворих на РВ (20,6 %). Більшість пацієнток мали III стадію захворювання. У 5 хворих (71,4 %) рецидив захворювання виявлено протягом першого року після завершення проведення протипухлинної терапії, в однієї хворої рецидив РВ встановили через два роки. Ще в однієї хворої рецидив захворювання і метастази в легені і печінку діагностовано через 5 років після лікування.

Висновки. П'ятирічна виживаність обстежених хворих на РВ, пролікованих комбінованим і комплексним методом, склала 79,4 і 91,2 % відповідно, що перевищує дані, наведені в літературі. Більшість рецидивів захворювання (71,4 %) у хворих на РВ виникають протягом першого року після проведення спеціального лікування.

Ключові слова: рак вульви, хірургічне, комбіноване, комплексне лікування.

Цель работы. Анализ результатов хирургического, комбинированного и комплексного лечения больных РВИ–IV стадий.

Материалы и методы. Обследовано 34 больных раком вульвы I–IV стадий. Хирургическое лечение выполнялось в объеме расширенной вульвэктомии по методу Бохмана.

Больным раком вульвы (РВ) T1N0M0 комбинированное лечение начиналось с хирургического вмешательства с дальнейшим проведением послеоперационного курса дистанционной гамма-терапии (ДГТ) на область вульвы на аппарате РОКУС-М в режиме классического фракционирования (РОД 2 Гр) суммарной очаговой дозой (СОД) 40 Гр. Больным РВ с T2–3N0–1M0–1 до операции проводился курс ДГТ на область вульвы СОД 30 Гр с радиомодификацией цисплатином 100 мг один раз в неделю. Послеоперационный курс ДГТ продолжался через 2–3 недели после операции до достижения СОД 45–50 Гр. Пациенткам с T1–3N1M0 РВ дополнительно проводился курс ДГТ на область паховых лимфатических узлов СОД 40 Гр, а также 4–6 циклов ад'ювантной химиотерапии по схеме «цисплатин, циклофосфан, винкристин».

Результаты. Безрецидивная и 5-летняя выживаемость больных составила 79,4 и 91,2 %, соответственно. Рецидивы и метастазы выявили у 7 больных РВ (20,6 %). Большинство пациенток были с III стадией заболевания. У 5 больных (71,4 %) рецидив заболевания имел место в течение первого года после окончания проведения

противоопухоловой терапії, у одній больній рецидив РВ був установлений через два роки. Ще у одній больній рецидив захворювання і метастази в легкі і печінку діагностовані через 5 років після лікування.

Заключення. П'ятилітня виживаемість обстежених больних РВ, пролечених комбінованим і комплексним методом, склала 79,4 і 91,2 % відповідно, що перевищує дані, представлені в літературі. Більшість рецидивів захворювання (71,4 %) у больних РВ виникають в період першого року після проведення спеціального лікування.

Ключеві слова: рак вувльви, хірургічне, комбіноване, комплексне лікування.

Analysis of 5-year treatment results for patients with vulva cancer

Objective: analysis of results of surgical, combined and complex treatment of patients with vulva cancer at I–IV stages.

Materials and methods: 34 patients were examined. Surgical treatment applied as an advanced vulvectomy by Bohman method.

Patients with vulva cancer (T1N0M0) were treated combinationally started with surgical intervention with following postoperative external beam gamma-therapy (EBGT) for a vulva region using "Rokus-M" device: classic fractioning one-time local dose 2 Gy, total local dose 40 Gy. Patients with vulva cancer (T2–3N0–1M0–1) were treated postoperatively in next modetotal local dose 30 Gy with radiomodification of cisplatin 100 mg one time per week. Postoperative course was going on in 2–3 weeks after operation up to total local dose has reached 45–50 Gy. Patients with T1–3N1M0 additionally received EBGT to the region of inguinal lymph nodes, total local dose 40 Gy, as well as 4–6 cycles of adjuvant chemical therapy used "cisplatin, cyclophosphan, vyctristin" plan.

Keywords: vulva cancer, surgical, combined and complex treatment.

Рак вувльви (РВ) є однією з рідкісних злоякісних пухлин жіночих статевих органів. Він складає від 2,5 до 5 % усіх онкогінекологічних захворювань, поступаючи за частотою лише захворюванням на рак шийки, тіла матки та яєчників. Захворюваність на РВ не перевищує 2–3 випадки на 100 тис. жінок з невеликими географічними коливаннями. Загальна 5-річна виживаність хворих становить 54,9 %, під час I стадії — 81,4 %, при II — 56,6 %, під час III — 37,6 %, під час IV стадії — 14,6 % [3, 5].

Проблема профілактики та лікування РВ є одним із важливих розділів онкології. Незважаючи на можливість своєчасної діагностики, більше половини хворих потрапляє на лікування зі значним місцеворегіонарним поширенням пухлини, що інфільтрує суміжні органи та рано метастазує у регіонарні лімфатичні вузли паховостегнового, а потім і клубового колекторів [1].

Успіхи лікування РВ залежать від своєчасної діагностики й адекватного лікування фонових, передракових захворювань та преінвазивного раку [3]. Основними методами діагностики РВ є: ретельний клінічний огляд і прицільна біопсія з наступним гістологічним дослідженням. Застосовуються також додаткові методи — цитологічні, радіоізотопні, ендоскопічні (вувльвоскопія) і флуоресцентна мікроскопія вувльви [2, 3].

На думку більшості авторів, найбільш ефективним методом лікування хворих на РВ є хірургічний, він може використовуватися як самостійний метод під час локалізованих форм, а також у складі комбінованої і комплексної терапії місцеворозповсюджених форм захворювання [5]. Комбінований метод з післяопераційним опроміненням застосовується під час I–II стадії після радикальної операції. Передопераційне опромінення здійснюють здебільшого в разі III–IV стадії захворювання [1, 3].

Метою даної роботи став аналіз результатів комбінованого і комплексного лікування хворих на РВ

I–IV стадій, які перебували у відділенні гінекологічної онкології ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України» 1997–2004 роки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами вивчені матеріали, отримані під час обстеження та лікування 34 хворих на РВ I–IV стадій віком від 54 до 81 року.

Більшість хворих мали вік 66–70 років (23,5 %), з II стадією захворювання (38,2 %) та плоскоклітинним зрговілим РВ (85,3 %), що збігається з даними літератури [1–3] (рис. 1, табл. 1–2).

Аналіз клініко-анамнестичних даних обстеження хворих на РВ виявив у більшості з них наявність супутньої загальносоматичної патології (табл. 3).

Найбільш характерними були захворювання серцево-судинної системи (85,2 %).

Хірургічне лікування виконувалося в обов'язку розширеної вувльвектомії за методом Бохмана. Хворим на РВ T1N0M0 комбіноване лікування починалося з хірургічного втручання з подальшим проведенням післяопераційного курсу дистанційної гамма-терапії (ДГТ) на ділянці вувльви на апараті РОКУС–М в режимі класичного фракціонування (РОД 2 Гр) сумарною осередковою дозою (СОД) 40 Гр. Хворим з T2–3N0–1M0–1 РВ до операції проводився курс ДГТ на ділянці вувльви СОД 30 Гр з радіомодифікацією цисплатином 100 мг один раз на тиждень. Післяопераційний курс ДГТ продовжувався через 2–3 тижні після операції до досягнення СОД 45–50 Гр. Пацієнткам з T1–3N1M0 РВ додатково проводився курс ДГТ на ділянці пахових лімфатичних вузлів СОД 40 Гр, а також 4–6 циклів ад'ювантної хіміотерапії за схемою «цисплатин, циклофосфан, вінкрисдин».

Статистична обробка отриманих даних здійснювалася за методом Стьюдента-Фішера.

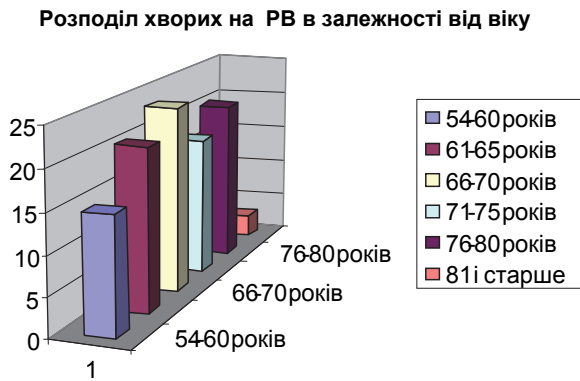


Рис. 1. Розподіл хворих на РВ залежно від віку

Таблиця 1

Розподіл хворих на РВ залежно від стадії захворювання

Стадія захворювання		Кількість хворих	
		абс.	%
I	T1N0M0	8	23,6
II	T2N0M0	13	38,2
III	T1N1M0	1	-
	T2N1M0	5	14,8
	T3N1M0	6	17,6
IV	T3N1M1	1	-

Таблиця 2

Розподіл хворих на РВ I–IV стадій залежно від гістологічної структури пухлини

Гістологічна структура пухлини	Кількість хворих	
	абс.	%
Плоскоклітинний зроговілий рак	29	85,3
Плоскоклітинний незроговілий рак	4	11,8
Плоскоклітинний низькодиференційований рак	1	-

Таблиця 3

Супутні захворювання у хворих на РВ I–IV стадій

Супутні захворювання	Кількість хворих	
	абс.	%
Захворювання ССС	29	85,2
Цукровий діабет	3	10,5
Хронічний пієлонефрит	4	11,8

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У роботі виконано аналіз ефективності комбінованого і комплексного лікування 34 хворих на РВ I–IV стадій, а також вивчена частота рецидивів і метастазів залежно від термінів виникнення та стадії захворювання (табл. 4–5).

Таким чином, загальна безрецидивна та 5-річна виживаність хворих склала 79,4 і 91,2% відповідно. Рецидиви і метастази виявили у 7 (20,6%) хворих на РВ. Більшість пацієнток були з III (33,3%) стадією захворювання.

У 5 хворих (71,4%) рецидив захворювання мав місце протягом першого року після закінчення проведення протипухлинної терапії: 1 пацієнтка була з II стадією, 3 — з III і ще 1 — з IV стадією захворювання. У всіх цих хворих під час гістологічного

дослідження діагностовано плоскоклітинний зроговілий рак. В однієї хворої на плоскоклітинний незроговілий рак III стадії рецидив був установлений через 2 роки. Через 5 років після лікування рецидив захворювання і метастази в легені та печінку були діагностовані у 1 хворої на плоскоклітинний зроговілий рак вульви I стадії.

Таблиця 4

Результати лікування хворих на РВ залежно від стадії захворювання

Стадія захворювання	Кількість хворих	Кількість рецидивів і метастазів		Виживаність			
		абс.	%	безрецидивна		5-літня	
				абс.	%	абс.	%
I	8	1	12,5	7	87,5	8	100
II	13	1	7,7	12	92,3	13	100
III	12	4	33,3	8	66,7	10	83,3
IV	1	1	-	-	-	-	-
Разом	34	7	20,6	27	79,4	31	91,2

Таблиця 5

Терміни виникнення рецидивів і метастазів у хворих на РВ I–IV стадій після проведення хірургічного, комбінованого і комплексного лікування

Терміни виникнення рецидивів і метастазів	Кількість хворих	
	абс.	%
1-й рік	5	71,4
2-й рік	1	-
5-й рік	1	-

ВИСНОВКИ

На підставі проведеного аналізу встановлено, що в обстежених хворих на РВ I–IV стадій пік захворюваності припадає на вік 66–70 років. Найчастіше захворювання діагностувалося на II і III стадії, що свідчить про його пізню діагностику. Найчастішою гістологічною формою був плоскоклітинний зроговілий рак. Безрецидивна та 5-річна виживаність обстежених хворих на РВ, яких лікували комбінованим і комплексним методами, склала 79,4 і 91,2% відповідно, що вище даних, наведених у літературі. Більшість рецидивів захворювання (71,4%) у хворих на РВ виникає протягом першого року після проведення спеціального лікування.

ЛІТЕРАТУРА

- Білинський Б. Т. Онкологія / Б. Т. Білинський, Ю. М. Стернюк, Я. В. Шпарик. — Львів, 1998. — 270 с.
- Бохман Я. В. Злокачественные опухоли вульвы / Я. В. Бохман, М. А. Койро, Ю. И. Таджикибаева. — Ташкент: Медицина, 1986.
- Гилязутдинова З. Ш. Онкогинекология: руководство для врачей / З. Ш. Гилязутдинова, М. К. Михайлов. — М.: МЕДпресс-информ, 2000. — 384 с.
- Гранов А. М. Лучевая терапия в онкогинекологии и онкоурологии / А. М. Гранов, В. Л. Винокуров. — СПб: Фолиант, 2002. — С. 58–103.
- Урманчеева А. Ф. Практическая онкогинекология / А. Ф. Урманчеева, С. А. Тюляндина, В. М. Моисеенко. — СПб: Центр ТОММ, 2008. — С. 7–97.