

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020
УДК 616-006.6

Липатов О.Н.¹, Меньшиков К.В.^{1,2}, Султанбаев А.В.², Ахметгареева К.Т.¹, Меньшикова И.А.¹, Липатов Д.О.¹

ЛИМФОСТАЗ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ВУЛЬВЫ, ФАКТОР ВЛИЯЮЩИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

¹ФГБОУ «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Уфа. РФ

²ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ РБ, Уфа. РБ

Резюме: Рак вульвы достаточно редко встречающееся заболевание. Основным методом лечения рака вульвы является хирургический. Стандартная вульвэктомия с односторонней пахово-бедренной лимфаденэктомией сопряжена со значительным числом осложнений, как в раннем послеоперационном периоде, так и в последующей жизни пациенток. Одним из факторов влияющих на качество жизни является лимфостаз нижних конечностей. В работе проведена оценка степени лимфостаза у пациенток перенесших стандартное хирургическое вмешательство по поводу рака вульвы и экономные операции — вульвэктомию с определением сторожевого лимфатического узла. Уменьшение объема хирургического лечения, использование метода детекции и биопсии сигнального лимфатического узла позволяет уменьшить количество и степень выраженности лимфостаза.

Ключевые слова: Лимфостаз, качество жизни, рак вульвы, хирургическое лечение.

Abstract: Vulvar cancer is a rare disease. The main treatment for vulvar cancer is surgery. Standard vulvectomy with one-block bilateral inguinal-femoral lymphadenectomy is associated with a significant number of complications, both in the early postoperative period and in the subsequent life of patients. One of the factors affecting the quality of life is lymphostasis of the lower extremities. The work assessed the degree of lymphostasis in patients who underwent standard surgery for vulvar cancer and economical operations - vulvectomy with the determination of the sentinel lymph node. Reducing the amount of surgical treatment, using the method of detection and biopsy of the sentinel lymph node can reduce the number and severity of lymphostasis.

Key words: Lymphostasis, quality of life, vulvar cancer, surgical treatment.

Липатов О.Н. - зав. курсом онкологии и патологической анатомии ИДПО Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор мед. наук, профессор. Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа;

Меньшиков К.В. — кандидат медицинских наук, доцент кафедры онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; врач-онколог хирургического отделения №8 ГАУЗ Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РБ. Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа;

Султанбаев А.В. — кандидат медицинских наук, заведующий отделом противоопухолевой лекарственной терапии ГАУЗ Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РБ. Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа;

Ахметгареева К.Т. — аспирант кафедры онкологии и патологической анатомии Федеральное государственное бюджетное образовательное

учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа;

Меньшикова И.А. - кандидат медицинских наук; доцент; доцент кафедры биологической химии; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Республика Башкортостан, г. Уфа;

Липатов Д.О. - студент лечебного факультета; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Республика Башкортостан, г. Уфа.

Актуальность

Злокачественные опухоли женских наружных половых органов встречаются достаточно редко. Заболеваемость этой локализацией в Российской Федерации составляет в среднем не более 2-х случаев на 100 тыс. населения. В РФ в 2018 году выявлено всего 2068 пациенток со злокачественными ново-

образованиями вульвы. Основная возрастная группа заболевших приходится на 75-79 лет, [1,2].

В период с 2015 по 2019 годы в Республике Башкортостан у 324 пациенток был выявлен рак наружных женских половых органов. Ежегодно регистрируется в среднем 60 случаев рака вульвы (РВ). Возраст пациенток от 32 до 85 лет, старше 60 лет отмечено 240 (74 %) пациенток. Наибольшее количество больных было в возрастных группах 61-69 (42%) и 71-79 лет (41%), а у женщин 50-60 лет – в 15%.

По мнению большинства авторов, ведущим методом лечения больных РВ – хирургический. Этот метод используется как самостоятельно при локализованных формах, так и как ведущий компонент комбинированного и комплексного лечения местно-распространенных процессов [3, 4, 5, 6]. Радикальная вульвэктомия с «одноблочной» пахово-бедренной лимфаденомией (ЛАЭ) является стандартной операцией при РВ и обеспечивает выживаемость пациенток до 65-70%.

Одномоментная радикальная вульвэктомия с «одноблочной» пахово-бедренной ЛАЭ довольно травматичная операция. В послеоперационном периоде сопровождается целым спектром осложнений. Самым частым поздним осложнением, которое развивается в той или иной степени у 65–70 % больных, является лимфостаз нижних конечностей, требующий реабилитационных мер. Лимфостаз нижних конечностей один из важных факторов, влияющих на качество жизни пациентов. Расширение объема хирургического вмешательства при РВ, стремление к радикальному удалению клетчатки пахово-бедренной области с лимфатическими узлами увеличивает риск развития лимфостаза.

В работе Podratz и соавт. (1983) показано, что лимфостаз нижних конечностей различной степени сопровождает 69 % больных перенесших радикальные операции по поводу РВ.

В механизме развития лимфатических отеков нижней конечности следующие факторы играют определенную роль [7]:

- частичное нарушение иннервации конечности в результате пересечения нервов во время операции, в частности травма бедренного нерва при выполнении пахово-бедренной ЛАЭ;

- венозная недостаточность, обусловленная сдавлением магистральных вен нижней конечности фиброзно-измененными тканями, как следствие хирургической травмы и перенесенной лучевой терапии;

- повышение агрегация тромбоцитов;

- нарушение свертывающей системы крови;

- нарушение оттока лимфы по лимфатическим коллекторам вследствие его хирургического или лучевого повреждения;

- расстройства микроциркуляции;

В клиническом течении лимфостаза выделяют следующие стадии [8]:

0 (или IА) - скрытая или суб-клиническое состояние, когда клинически отек не определяется, несмотря на имеющиеся нарушения транспорта лимфы, характеризуется незначительными изменениями в тканях соотношение жидкость/состав, а также изменениями в субъективных симптомах;

1 стадия (легкая) - характеризуется наличием систематических проходящих незначительных отеков ближе к вечерним часам, которые практически исчезают к утру или после отдыха. Отеки увеличиваются в результате интенсивных физических нагрузок или длительного пребывания в неподвижном состоянии. Клиническая картина: консистенция тестоватая, при надавливании остается ямка. Кожа не изменена, легко смещается, бледная;

2 стадия (средняя тяжесть) - характерно наличие не исчезающих отеков, которые сохраняются и после ночного отдыха. Клиническая картина отмечается разрастанием соединительной ткани, натянутостью кожи, уплотнением, плохой смещаемость, при надавливании не остается ямки, появляется болевой синдром;

3 стадия (тяжелая форма) - нарушения лимфооттока обретают необратимый характер, в пораженных тканях происходят фиброзно-кистозные изменения, развивается слоновость. Пораженная конечность теряет контуры и пропорции. Присоединяются гиперкератоз, папилломатоз, разрастание ткани в виде бесформенных бугров («подушек»), разделенных глубокими складками. Характерны повышенная потливость и гипертрихоз на больной стороне.

Одним из способов предотвращения развития лимфостаза в послеоперационном периоде является уменьшение хирургических объемов не в ущерб радикальности лечения. Метод идентификации больных ранним инвазивным РВ, которым можно выполнять менее радикальную операцию, не ухудшая при этом прогноз, является селективная биопсия сторожевого лимфатического узла (СЛУ), [9]. Тренд на сокращение обширных операций в онкологии прослеживается и в хирургии опухолей женских наружных половых органов. Тенденция сокращения доли пожилых пациенток и увеличение количества пациенток более молодого возраста способствует поиску более щадящих методик хирургического лечения.

Цель

Изучить частоту развития и степень выраженности лимфостаза нижних конечностей у пациенток перенесших хирургическое лечение в различных объемах по поводу инвазивного РВ.

Материалы и методы

На базе отделения онкогинекологии Республиканского клинического онкологического диспансера за период с января по декабрь 2019 года получило хирургическое лечение 59 пациенток со злокачественными новообразованиями вульвы. Инвазивный плоскоклеточный рак выявлен в 56 случаях, в 1 случае диагностирована меланома вульвы, в 1 случае ангиосаркома, в 1 случае базально-клеточный рак.

Медиана возраста пациенток составила $69,4 \pm 12,3$ года. Практически все пациентки имели те или иные сопутствующие заболевания. Заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь у 81,4%, атеросклероз у 68,7%; заболевания органов дыхания: у 49,6%; заболевания органов пищеварения: у 34,7%, ожирение той или иной степени — у 54,8% пациенток, сахарный диабет — у 31,7%. В таблице 1 представлено распределение больных по стадиям и возрасту.

Таблица 1

Распределение больных РВ по возрасту, стадиям заболевания по критерию «Т»

Стадия (FIGO)	Возраст, (лет)					Всего
	До 49	50-59	60-69	70-79	80 и старше	
Tis	1	2	-	-	-	3
T1A	-	3	3	5	1	12
T1B	1	2	4	6	2	15
T2	2	5	6	4	1	18
T3	-	2	1	2	1	6
T4	-	-	2	-	-	2

Таблица 2

Распределение больных РВ по объему проведенного хирургического лечения

Объем операции	Кол. пациентов абс. (%)
Вульвэктомия с двусторонней пахово-бедренной ЛАЭ	7 (12,5%)
Вульвэктомия с односторонней пахово-бедренной ЛАЭ	30 (53,6%)
Вульвэктомия с биопсией СЛУ	19 (33,9%)

С первичной опухолью T1A выявлено 12 пациенток, T1B выявлено 15 пациенток, T2 18 пациенток. В возрастной группе старше 60 лет большинство пациенток — 38.

Объем хирургического лечения пациенток с инвазивным РВ представлен в таблице 2.

У всех пациенток послеоперационная морфология — плоскоклеточный рак. Адьювантная лучевая терапия проведена в 53 случаях, кроме стадии по критерию T «is».

Оценка степени лимфостаза проведена в среднем через 6 месяцев после окончания лечения. Обследованы 36 пациенток без признаков прогрессирования заболевания. По объему хирургического лечения пациенты распределились следующим образом:

Вульвэктомия с двусторонней пахово-бедренной ЛАЭ — 4;

Вульвэктомия с односторонней пахово-бедренной ЛАЭ — 21;

Вульвэктомия с биопсией СЛУ — 11 пациенток.

Оценка степени выраженности лимфостаза проводилась с использованием следующих неинвазивных методов:

- измерение окружности конечности на ее различных уровнях (на стопе, на верхней, нижней и средней трети бедра и голени)

- наличие клинических симптомов (локализация отека, наличие изменения цвета кожных покровов, наличие трофических расстройств)

- оценка увеличения (уменьшения) тургора кожи и подкожной жировой клетчатки.

Результаты и обсуждение

Из 36 обследованных пациенток явления лимфостаза выявлены в 19 случаях. По степени выраженности данные представлены в таблице 3.

Таблица 3

Степень выраженности лимфостаза у обследованных пациенток

Стадия лимфостаза	Количество пациентов абс. (%)
0 стадия	6 (31,5%)
1 стадия	9 (47,4%)
2 стадия	4 (21,1%)
3 стадия	0

Из представленной выше таблицы 1 степень лимфостаза отмечалась у 9 пациенток, 2 степень в 4 случаях, начальная, субклиническая стадия в 6 случаях. 3 стадия лимфостаза не была выявлена ни в одном случае.

По характеру ранее перенесенных операций распределение больных представлено в таблице 4.

Таблица 4

Распределение больных по перенесенным операциям

Вид хирургического лечения	Стадия лимфостаза		
	0	1	2
Вульвэктомия с двусторонней пахово-бедренной ЛАЭ	0	2	3
Вульвэктомия с односторонней пахово-бедренной ЛАЭ	5	7	1
Вульвэктомия с биопсией СЛУ	1	0	0

Приведенные данные свидетельствуют, что наибольшая выраженность лимфостаза (2 стадия) выявлена у пациенток перенесших вульвэктомию с двусторонней пахово-бедренной ЛАЭ — в 3 случаях. В 1 случае 2 стадия была выявлена у пациентки после вульвэктомии с односторонней пахово-бедренной ЛАЭ. Так же вульвэктомия с односторонней пахово-бедренной ЛАЭ в 7 случаях сопровождалась лимфостазом 1 стадии, в 5 случаях субклинической формой лимфостаза. Вульвэктомия с биопсией СЛУ в 1 случае сопровождалась признаками субклинической стадии лимфостаза. Следует отметить, что у 4 из 5 пациенток после вульвэктомии с двусторонней пахово-бедренной ЛАЭ отмечался двусторонний лимфостаз.

Заключение

Развитие послеоперационных осложнений, таких как лимфостаз нижних конечностей, напрямую связан с объемом хирургического лечения злокачественных новообразований вульвы. Расширенные, двусторонние лимфаденэктомии сопровождаются более выраженным лимфостазом, чаще двусторонним. Уменьшение объема хирургического лечения, использование метода детекции и биопсии сигнального лимфатического узла поз-

воляет уменьшить количество и степень выраженности лимфостаза, что в свою очередь позволяет сохранить качество жизни этой категории пациентов.

Литература:

1. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой? — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018.
2. Состояние онкологической помощи населению России в 2018 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой? — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019.
3. Zharov A.V. Kombinirovannye i rekonstruktivno-plasticheskie operacii u bol'nyh s recidivami raka vul'vy // Issledovaniya i praktika v medicine. 2018. T. 5. № S1. S. 35.
4. Muhin A.A., ZHarov A.V., CHernova L.F., Gubajdullina T.N., Kravchenko G.R., Saevec V.V., Taratonov A.V., Vazhenin A.V. Hirurgicheskoe lechenie bol'nyh rakom vul'vy //Voprosy onkologii. 2018. T. 64. № 2. S. 190-195.
5. Alkatout I., Schubert M., Garbrecht N. et al. Vulvar cancer: epidemiology, clinical presentation, and management options // International Journal of Women's Health. — 2015 Mar 20. — №7. — P. 305-13.
6. Ghebre R.G., Posthuma R., Vogel R.I. et al. Effect of age and comorbidity on the treatment and survival of older patients with vulvar cancer // Gynecol. Oncol. — 2011 Jun 1. — 121 (3). — P. 595-9. — DOI: 10.1016. [PubMed 21402401].
7. Луд Н.Г., Луд Л.Н. Реабилитация больных раком молочной железы. Вестник ВГМУ, 2008, том 7, №3 С1-17.
8. The diagnosis and treatment of Peripheral lymphedema: 2013 consensus document of the international society of lymphology.
9. Ганцев Ш.Х., Липатов О.Н., Меньшиков К.В. Детекция сторожевого лимфатического узла при раке вульвы, современные технологии. Креативная хирургия и онкология. 2018;8(4):292-297. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2018-8-4-292-297>.

Поступила 11.08.2020 г.