

УДК 618.16-006.6-036.87:616-073.75

**ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНДИАГНОСТИКИ  
РЕЦИДИВНОГО РАКА ВУЛЬВЫ****Неродо Г.А., Захарова Н.П.***ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России,  
Ростов-на-Дону, e-mail rnioi@list.ru*

Представлены результаты модифицированного метода газоконтрастной вульвографии, у 29 больных с рецидивом рака вульвы, предусматривающего введение углекислого газа по периферии рецидивного образования из 6–10 точек. Такая техника введения обеспечивает полное и равномерное контрастирование мягких тканей вульвы, позволяет четко дифференцировать границы плотной ткани рецидивной опухоли, постоперационные фиброзные изменения, дает возможность определить глубину прорастания опухоли в мягкие ткани вульвы, сводит к минимуму эффект суперпозиции теней. Поверхностно расположенная часть опухоли смазывается водорастворимым йодсодержащим контрастом, что в дальнейшем позволяет четко дифференцировать её на рентгенограммах. Приведенные данные позволяют утверждать, что выполнение газоконтрастной вульвографии в представленной модификации позволяет в каждом конкретном случае дифференцировать интактные ткани вульвы, ткань рецидивной опухоли и рубцовую ткань, и определить размеры и глубину залегания рецидивной опухоли. Полученные данные позволяют избрать оптимальный объем оперативного пособия и оценить эффективность проводимой химиотерапии.

**Ключевые слова:** рак вульвы, рецидив, вульвография**POSSIBILITIES OF X-RAY DIAGNOSTICS OF RECURRENT VULVAR CANCER****Nerodo G.A., Zakharova N.P.***Rostov Research Institute of Oncology, Rostov-on-Don, e-mail rnioi@list.ru*

The results of a modified gas contrast vulvography with introduction of carbon dioxide on the periphery of recurrent tumor in 6–10 spots in 29 patients with recurrent vulvar cancer are demonstrated. This introduction technique provides complete and even contrasting of vulvar soft tissues, allows clear differentiation of recurrent tumor's dense tissue borders and postoperative fibrous changes, allows determining the depth of tumor invasion into vulvar soft tissues and minimizes the effect of superimposing of shadows. Superficial part of the tumor is smeared with water-soluble iodine-containing contrast agent which allows its clear differentiation on radiographs. The data suggest that the modified gas contrast vulvography in each case enables differentiation between intact vulvar tissues, recurrent tumor tissue and scar tissue and determine the recurrent tumor's size and depth of invasion. The results assist in choosing the optimal extent of operation and assessing chemotherapy effectiveness.

**Keywords:** vulvar cancer, recurrence, vulvography

Рак вульвы занимает четвертое место в структуре заболеваемости злокачественными опухолями. Несмотря на доступную локализацию, заболеваемость раком вульвы не имеет тенденции к снижению, а по данным некоторых авторов, даже возрастает [1, 8, 3, 5].

Необходимо отметить, что среди онкологических заболеваний именно рак вульвы отличается своеобразным и очень агрессивным клиническим течением, поздней обращаемостью, низкой эффективностью проводимого комбинированного лечения, частым и скорым, как регионарным, так и местным рецидивированием. Более половины случаев диагностируется в третьей – четвертой стадиях. Как правило, большинство больных инвазивным раком вульвы – женщины пожилого и старческого возраста. Около восьмидесяти процентов случаев инвазивного рака вульвы приходится на пациенток старше 55 лет, при этом около тридцати процентов этой группы составляют женщины старше 75 лет. Средний возраст больных раком вульвы составляет 65–70 [2, 7, 6, 4].

В течение последних лет как отечественные, так и зарубежные публикации содержат сведения о неуклонном росте заболеваемости раком вульвы среди женщин молодого возраста, причем частота возникновения заболевания колеблется от 9,8 % до 15 % [3].

**Цель исследования**

Улучшение диагностики рецидивов рака вульвы с помощью модификации метода газоконтрастной вульвографии.

**Материалы и методы исследования**

Известно, что невысокая достоверность визуальной и пальпаторной оценки степени распространения опухолевого процесса при рецидивном раке вульвы, осложненного сопутствующими воспалительными изменениями (отечностью, гиперемией, неспецифической воспалительной инфильтрацией) и рубцовыми изменениями мягких тканей постоперационного генеза, существенно затрудняет выбор оптимальной тактики лечения больной. В этой связи возникает необходимость максимально точной диагностики степени распространения рецидивного процесса, особенно глубины прорастания опухоли в мягкие ткани вульвы.

Известен способ рентгенодиагностики рака вульвы, заключающийся в выполнении пневморентгенографии с использованием негативной контрастной среды [9]. Углекислый газ вводится в мягкие ткани через иглу шприца, соединенного с резервуаром газа. Поверхностно расположенная часть опухоли обкалывается из 3–4 точек, на расстоянии 2–3 см от её визуальной границы, глубина введения иглы 1–4 см. После завершения введения газа проводилась рентгенография в сагиттальной, правой и левой полубоковых проекциях. Несмотря на достаточно высокую информативность, безопасность и простоту техники исполнения, нельзя не помнить о недостатках, ограничивающих возможность использования этого способа. Так, негативным моментом этого исследования является излишнее скопление газа в зоне введения, образующее дополнительные тени, затрудняющие оценку имеющихся изменений. Кроме того, приведенная методика не подходит для визуализации рецидивных образований, так как оценка полученных данных осложняется еще и наличием выраженных изменений фиброзного характера, вызывающих искажение изображения.

Попытки использования экранной и безэкранный рентгенографии в сочетании с компьютерной томографией и ультразвуковым исследованием имели место, но несмотря на достаточную информативность, чувствительность и точность не получили признания, так как исследование было сопряжено с использованием высоких доз рентгеновского облучения.

Модифицированный метод газоконтрастной вульвографии предусматривает следующее. Больная размещается на трохоскопе рентгенодиагностического аппарата в положении для гинекологического исследования с приподнятым полостером тазовым концом. Зона манипуляции ограничивается стерильными простынями, промежность обрабатывается раствором антисептика. Пальпаторно определяется выступающая часть рецидивной опухоли, поверхность которой смазывается водорастворимым контрастным препаратом группы диатриазота, что в дальнейшем позволяет на рентгенограммах четко её дифференцировать.

После этого выполняется введение газа по периферии рецидивного образования из 6–10 точек, расположенных на расстоянии 1,0–1,5 см, на глубину 5–6 см. Мы считаем, что оптимальным вариантом является использование углекислого газа, так как даже при случайном попадании его в сосуд небольшого диаметра газовая эмболия не возникает. Объем газа, вводимого в каждую точку невелик, и составляет 1,5–2,0 кубических сантиметра. Такая техника введения обеспечивает наиболее полное и равномерное контрастирование мягких тканей вульвы, позволяет четко дифференцировать границы как плотной ткани рецидива опухоли, и менее плотной рубцовой ткани (постоперационные фиброзные изменения), дает возможность определить глубину прорастания рецидивной опухоли в мягкие ткани вульвы, позволяет свести к минимуму эффект суперпонирувания теней, что не удается при традиционном варианте газоконтрастной вульвографии.

Количество вводимого газа определяется размерами поверхностно расположенной части рецидивного образования, глубина введения иглы может быть изменена во время исследования в соответствии с пальпаторными данными.

Введение углекислого газа в мягкие ткани вульвы не сопровождается болезненными ощущениями.

Обычно больные испытывают нерезко выраженное чувство зуда, жжения, распирания, которые самостоятельно купируются спустя 1–2 часа после завершения исследования.

После создания локальной эмфиземы выполняется рентгенография. Нами использовались аппараты фирмы Axiom Luminos d RF Simmens, параметры – заданные.

### Результаты исследования и их обсуждение

По приведенной методике нами было обследовано 29 больных с рецидивами рака вульвы в возрасте от 52 до 73 лет, с I–III стадиями заболевания. У 5 больных исследование выполнялось в амбулаторных условиях, у 24 – в условиях стационара. Наиболее часто рецидивная опухоль локализовалась в области клитора. Экзофитная форма роста рецидивной опухоли имела место у 17 больных, у 12 больных рецидив был в форме язвы.

Гистологическая структура опухоли была представлена плоскоклеточным ороговевающим и неороговевающим раком. Все больные в предоперационном периоде подвергались полихимиотерапии смесью антиметаболитов и алкилирующих препаратов. По типу и объему выполненного ранее оперативного пособия изучаемая группа была представлена следующим образом. Всем больным выполнялась вульвэктомия, причем 16 из них была выполнена паховая лимфаденэктомия. В послеоперационном периоде 25 больных из 29 подверглись химиолучевой терапии.

У всех больные изучаемой группы имелись сопутствующие заболевания, существенно осложнявшие проведение оперативных пособий, как первичных, так и повторных. Ишемическая болезнь сердца имела место у 19 больных (65,5%), у каждой третьей больной отмечались заболевания печени и желчевыводящих путей, у каждой шестой – остеохондроз, деформирующий спондилоартроз, у каждой десятой – сахарный диабет, гастроэнтероколит.

Рентгенологическая семиотика рецидивов рака вульвы изучалась путем сравнения с операционным материалом (макропрепарат удаленной рецидивной опухоли) и данными гистологического исследования.

Контролем информативности предлагаемой модификации метода были 12 больных исследуемой группы, у которых после нанесения контраста на поверхностно расположенную часть опухоли без введения контраста выполнялась рентгенография в заданных проекциях, и режимах различной жесткости, после чего исследование проводилось в предлагаемой модификации, с газовым контрастированием. Осложнений во время проведения исследования не

было. У 9 больных инсуфляция газа сопровождалась нерезко выраженным чувством распираания, жжения и легкого зуд. Эти субъективные ощущения не требовали дополнительной медикаментозной коррекции и спустя 1–1,5 часа после проведения исследования исчезали полностью.

У 27 больных данные проведенного исследования полностью совпали с операционным материалом и гистологическим исследованием, у 2 больных данные исследования расценивались, как сомнительные, неинформативных исследований не было.

У больных, результаты которых расценивались как сомнительные (недостаточная четкость глубинного контура рецидивной опухоли) имело место ожирение третьей – четвертой степени, и жировые отложения, дававшие на рентгенограммах дополнительные тени, затруднявшие оценку полученных изменений.

На рентгенограммах больных изучаемой группы ярко выделялась поверхностно расположенная часть опухоли, смазанная иодсодержащим контрастным препаратом. На фоне инсуфлированных газом тканей определялась более плотная тень рецидива, с четкими бугристыми контурами. Более плотной структуры, как правило, линейной, или слегка изогнутой формы тень, суперпонирующаяся или огибающая тени рецидивной опухоли соответствовала рубцовой ткани (послеоперационный фиброз).

### Заключение

Приведенные данные позволяют утверждать, что выполнение газоконтраст-

ной вульвографии в представленной модификации позволяет в каждом конкретном случае дифференцировать интактные мягкие ткани вульвы, ткань рецидивной опухоли и послеоперационную рубцовую ткань и определить размеры и глубину залегания рецидивной опухоли. Полученные рентгенологические данные позволяют избрать оптимальный объем оперативного пособия, а также оценить эффективность проведенной химиотерапии рака вульвы.

### Список литературы

1. Неродо Г.А. Возможности улучшения результатов лечения больных раком вульвы // Материалы 1 съезда онкологов СНГ. – М., 1996. – Ч. 2. – С. 496.
2. Неродо Г.А. Ограносохраняющие операции у больных раком вульвы // Материалы 1 съезда онкологов СНГ. – М., 1996. – Ч. 2. – С. 466.
3. Неродо Г.А., Непомнящая Е.М., Неродо Е.А. Клиническое течение рака вульвы у больных репродуктивного возраста // Креативная хирургия и онкология. – 2012. – № 3. – С. 61–66.
4. Неродо Г.А., Иванова В.А., Неродо Е.А. Сроки возникновения рецидивов рака вульвы и их прогностические факторы // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 1 <http://www.science-education.ru/107-8442>.
5. Пушкарев В.А., Мазитов И.М., Хоснутдинов Ш.М. Анализ клинического течения рака вульвы // Медицинский вестник Башкортостана. – 2012. – Т. 7, № 2. – С. 87–90.
6. Турчак А.В. Рецидивы рака вульвы и результаты их терапии (20-летний опыт). Онкология. – 2009. – Т. 11, № 4. – С. 312.
7. Урманчеева А.Ф. Эпидемиология рака вульвы. Факторы риска и прогноза // Практическая онкология. – 2006. – С. 189–196.
8. Черенков В.Г., Александрова И.В., Шпенкова А.А. Рак вульвы: патогенетические варианты, диагностика, лечение, пластические операции // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2010. – № 4. – С. 78–82.
9. Патент RU № 2119767, опубли. 10.10.1998г., Бюл. № 28.