

Черенков В.Г.^{1,2}, Петров А.Б.¹, Строженов М.М.¹, Чистякова Т.В.¹, Тверезовский С.А.¹, Иванченко О.Г.¹

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЖЕНСКИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ*

¹ГБОУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», 173016, г. Великий Новгород, Россия;

²ФГБОУ ВПО «Новгородский университет им. Ярослава Мудрого» 173003, г. Великий Новгород, Россия

Решение проблем рака визуальных локализаций, в частности репродуктивных органов, лежит на пути мультидисциплинарного подхода – прохождения осмотра в смотровом кабинете с ПАП-тестом, анкетным опросом, УЗИ или маммографический цифровой скрининг (МС) в зависимости от возраста. Важными компонентами этой системы вторичной профилактики явились малоинвазивные технологии удаления выявленной опухолевой патологии с целью установления их природы и одновременно удаления опасных очагов. Выполнение органосохраняющих и реконструктивных операций (по нашим данным, до 38,8% больных раком молочной железы и у 95% больных раком вульвы и вульварными дисплазиями) не только положительно влияют на качество жизни женщин, но и являются наглядной мотивацией необходимости регулярного прохождения скрининга женщинами региона. Нет ничего убедительней, чем наглядные примеры. Мультидисциплинарный подход решения проблем разными специалистами позволил снизить показатели смертности от рака молочной железы на 30,03±2,1% по сравнению с 2009 г. (после внедрения МС), а рака вульвы на 83,3±5,7% по сравнению с 2005 г. (после внедрения реконструктивных операций) при сохраняющейся тенденции к увеличению заболеваемости. Цитологический скрининг на выявление дисплазий и ранних форм рака шейки матки нуждается в серьезной корректировке в соответствии с рекомендациями ВОЗ и полицейским учетом.

Ключевые слова: маммография; цитологический и HPV- скрининг; малоинвазивные технологии диагностики; органосохраняющие и реконструктивные операции; мотивационный скрининг.

Для цитирования: Черенков В.Г., Петров А.Б., Строженов М.М., Чистякова Т.В., Тверезовский С. А., Иванченко О.Г. Результаты внедрения новых технологий и реконструктивных операций в диагностике и лечении опухолей женских репродуктивных органов. *Российский онкологический журнал*. 2016; 21 (1–2): 38–43. DOI: 10.18821/1028-9984-2015-21-1-38-43

Для корреспонденции: Черенков Вячеслав Григорьевич, доктор медицинских наук, руководитель отдела по научной и консультативной работе ГБОУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»; 173016, г. Великий Новгород, ул. Ломоносова, д. 27, e-mail: v.g.cherenkov@yandex.ru.

Cherenkov V.G.^{1,2}, Petrov A.B.¹, Strogenkov M.M.¹, Chistjakova T.V.¹, Tverezovskiy S.A.¹, Ivanchenko O.G.¹

MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO INTRODUCING NEW TECHNOLOGIES AND RECONSTRUCTIVE SURGERIES IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF NEOPLASTIC DISEASES OF THE FEMALE REPRODUCTIVE ORGANS

¹Regional Clinical Oncology Dispensary, Velikiy Novgorod, 173016, Russian Federation;

²Novgorod State University named after Yaroslav the Wise, Velikiy Novgorod, 173003, Russian Federation

Multidisciplinary approach that comprises the passing the examination in the exam room with the Pap test, questionnaires, ultrasound or digital mammography screening (MS) according to the age is a promising way of solving the problems with the visual localization of cancer, in particular with the reproductive organs. A minimally invasive removal technology that helped to determine the nature of tumor pathologies and remove those potentially dangerous hotbeds at the same time, was an important component of this secondary prevention system. Organ preserving and reconstructive surgeries (to our knowledge to 38,8% of patients with breast cancer and 95% of patients with vulvar cancer and vulvar dysplasia) have a positive effect not only on women's life quality, but also become a good motivation for regular women's screening in the region. Nothing is more convincing than the vivid example and "word of mouth". A multidisciplinary approach to solving problem with the help of different specialists helped to reduce mortality rates for breast cancer by 30,03 ± 2,1% compared with 2009 (after the introduction of reconstructive surgery) and vulvar cancer by 83,3 ± 5,7% in comparison with 2005 (after the introduction of reconstructive surgery) at the continuing trend of increasing incidence rate. Cytological screening for dysplasia and early forms of cervical cancer needs a serious adjustment in accordance with the WHO recommendations and per capita accounting used in Russia.

Key words: mammography; Pap and HPV screening; minimally invasive diagnostic technology; organ-preserving and reconstructive surgery; motivational screening.

For citation: Cherenkov V.G., Petrov A.B., Strogenkov M.M., Chistjakova T.V., Tverezovskiy S.A., Ivanchenko O.G. Multidisciplinary approach to introducing new technologies and reconstructive surgeries in diagnosis and treatment of neoplastic diseases of the female reproductive organs. *Rossiiskii onkologicheskii zhurnal (Russian Journal of Oncology)*. 2016; 21(1–2): 38–43. (In Russ.). DOI: 10.18821/1028-9984-2016-21-1-38-43

* К 15-летию со дня открытия «Областного клинического онкологического диспансера», г. Великий Новгород

For correspondence: Vyacheslav G. Cherenkov, MD., PhD., Dsc., Head of the Department of Scientific and advisory work of the Regional Clinical Oncological Dispensary», Velikiy Novgorod, 173003, Russian Federation, E-mail: v.g.cherenkov@yandex.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 17 September 2015
Accepted 18 October 2015

К настоящему времени хорошо разработана система скрининга – ранней и своевременной диагностики злокачественных новообразований (ЗН) репродуктивных органов, в частности рака молочной железы (РМЖ), шейки матки (РШМ) и других половых органов, лечение которых является эффективным [1–3]. Однако, несмотря на достижения новых технологий, в силу определенных причин в регионах остается высокой запущенность заболеваний, что не позволяет реально снизить смертность и улучшить качество жизни всех пациентов. Одной из причин этого является отсутствие приоритетов здравоохранения и мотивации населения проводить и проходить профилактические и оздоровительные мероприятия.

В рамках диспансеризации населения проводится лишь выявление явной патологии у определенного числа декретируемых групп врачами общей практики, не имеющими специальной подготовки, тогда как работа лицензированных смотровых кабинетов и ФАПов, на которые возложено выявление ранних форм рака визуальных локализаций, дисплазий шейки матки путем цитологического скрининга, не находит должной реализации. Удельный вес больных ЗН, выявленных при скрининге, не превышает 6% от общего числа взятых на учет. У 94% больных рак диагностируется при самостоятельном обращении за медицинской помощью, а при опухолях яичников в частности, чаще при распространенных формах.

Эффективность службы определяется не уровнем заболеваемости и объемом расширенных операций, а эффективностью программ по выявлению преморбидных состояний, ранних стадий заболевания, оздоровительных мероприятий с учетом качества жизни и как следствие снижением показателей смертности от ЗН, что, естественно, само собой не происходит и зависит от разных специалистов.

Цель исследования – подвести итоги и оценить влияние мультидисциплинарных подходов внедрения новых технологий реконструктивных операций на скрининг и лечение опухолевых заболеваний репродуктивных органов.

Высокочувствительный маммографический скрининг более чем у 80 тыс. женщин, применяемый нами с 2008 г., позволил выявлять самые разные фазы опухоли, вплоть до *carcinoma in situ*, излечимые хирургическим органосохраняющим вмешательством или радикальным удалением молочной железы (МЖ) с реконструктивным ее восстановлением [4]. В качестве методов диагностики, позволяющих определить тип опухоли в МЖ до операции, являются тонкоигольная и трепанобиопсия, которые до 10–20% дают ложноотрицательные морфологические заключения, – получение образца ткани из соседних с опухолью тканей. При массовом скрининге возникает потребность не только морфологической верификации опухолевидных образований неясного генеза для широкого круга лиц, но и их удаления. Вакуумная аспирационная биопсия связана с фрагментарным удалением патологического очага и нарушением принципов абластики и антиблаستيки. В связи с этим нами разработан метод криоампэктомии для удаления малых (до 15–20 мм) очаговых образований целно [5], суть которой заключается в подведении криозонда (диаметром 3 мм) к патологическому очагу (рис. 1) под контролем УЗИ с применением интраоперационного датчика после рассечения кожи длиной не более 20 мм (патент РФ на изобретение № 2394521). Для замораживания использовали аппарат ERBE kryo 6, позволяющий в течение 1–2 мин обеспечить температуру до -120–180°C, превращающую очаг в «ледяной шарик», прочно фиксирующий его к криозонду (рис. 2, см. вклейку). С помощью пружинящей рукоятки, связанной с верх-

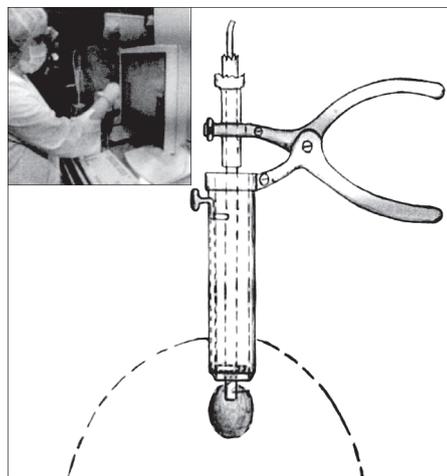


Рис. 1. Устройство для малоинвазивного удаления опухолевых образований МЖ под контролем УЗИ с применением криоаппарата.

Таблица 1

Динамика оперативных вмешательств при раке молочной железы

Тип операции	Год									Общее число операций
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
РМЭ*	174	171	167	189	218	196	162	162	120	1559
РРМЖ**	2	3	7	12	14	64	98	66	58	324
РПО***	–	–	–	–	6	13	17	39	70	145
РРМЖ с пластикой ТДЛ	–	–	–	–	1	5	9	2	–	17
РМЭ с пластикой имплантатом	–	–	–	–	–	3	3	30	68	101
с ТДЛ + БС	–	–	–	–	5	5	5	7	2	24
Итого ...	176	174	174	201	244	275	292	306	316	2170

Примечание. РМЭ* – радикальная мастэктомия, РРМЖ** – радикальные резекции молочной железы (органосохраняющие); РПО*** – реконструктивно-пластические операции.



Рис. 3. Вид МЖ после подкожной мастэктомии и реконструкции ТДЛ в сочетании с БС (9-е сутки).

Таблица 2

Сравнительные данные заболеваемости РМЖ, смертности от него (на 100 тыс. женского населения) и удельного веса I–II стадий РМЖ (2006–2014)

Показатель	Год								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Заболеваемость	77,4	67,2	79,4	83,5	83,1	84,7	81,0	80,6	105,6
Смертность	32,7	25,0	30,08	33,3	28,9	29,5	24,8	21,7	23,0
Удельный вес III–IV стадии, %	37,8	43,4	43,0	38,1	34,4	35,9	29,4	25,5	29,7
Удельный вес I–II стадии, %	62,2	56,6	57,0	61,9	65,6	64,1	70,6	74,5	70,3

ней браншей, втягивали криозонд вместе с «ледяным шариком» в трубчатую браншу, а остроконечным краем дугообразных коагуляторов отсекали столбик тканей ниже замороженного патологического очага с использованием аппарата Surgitron. Остальные доброкачественные образования, преимущественно более 20 мм, удалены путем секторальных резекций и лампэктомии – 12 490 со срочным гистологическим исследованием. В случае гистологического установления РМЖ в зависимости от стадии и молекулярного статуса выполняли тот или иной объем операции. Благодаря возможностям современной лучевой диагностики начиная с 2010 г. нами постепенно освоены практически все виды реконструктивных операций собственными тканями и имплантатами, одномоментные и отсроченные с применением эспандеров. За последние 2 года удельный вес органосохраняющих (радикальных) резекций при РМЖ с последующей лучевой терапией и реконструктивно-пластических операций достиг 34,3–38,8%.

Представляется перспективным применение разработанного метода реконструкции МЖ большим сальником (БС) в сочетании с торакодорсальным лоскутом (ТДЛ) (рис. 3) по типу «сэндвича» (патент РФ на изобретение № 2502478) [6], позволяющего снизить объем лимфореи после операции и длительность пребывания больных на койке в среднем на 4,1 койко-дня в сравнении с пластикой МЖ имплантатом [7].

Количество реконструктивно-восстановительных операций имплантатами фирмы «Ментор» после подкожной мастэктомии увеличилось до 68 в год с хорошим косметическим эффектом.

Последние являются наглядной мотивацией женщин региона для регулярного прохождения скрининга, позволяющего сохранить «грудь» или выполнить реконструктивную операцию. Нет ничего убедительней, чем наглядный пример. В результате прирост заболеваемости РМЖ в первые 3 года после внедрения маммографии составил в среднем 8,1%. У 18,5% из 97 больных РМЖ с сахарным диабетом констатированы первично-множественные опухоли, что в 2,4 раза выше, чем среди всех больных ЗН. В последние 2 года констатировано значительное увеличение заболеваемости (105,6 на 100 тыс. женского населения) преимущественно у молодых жен-

щин (табл. 2), а также увеличение удельного веса I–II стадий в сравнении с 2009 г. на 8,4%, а также снижение показателя смертности (с определенными колебаниями по годам) с 33,3 до 23,0 на 100 тыс. женского населения, что составило $30,03 \pm 2,1\%$.

Располагая широким спектром методик, позволяющих обеспечивать индивидуальный подход к реконструкции МЖ с адекватными результатами лечения РМЖ и хорошим косметическим эффектом, в том числе когда опухолевый процесс более 3–4 см и имеет высокую пролиферативную активность ($SPF > 5,0$ или $Ki-67 > 14$), лечение начинали с полихимиотерапии, а при уменьшении опухоли проводили РМЭ с адекватной пластикой. Такой подход к лечению РМЖ позволил в значительной степени увеличить долю больных, для которых потеря МЖ не сопровождается тяжелым эмоциональным стрессом.

С открытием областного онкологического диспансера стало доступным проведение ПЦР для «диагностики папилломавирусных инфекций», а вместе с тем профилактики папилломавирусных опухолей, составляющих у женщин до 50%. Между тем удельный вес запущенных случаев РШМ, несмотря на существующий цитологический скрининг, в области остается крайне высоким – более 25%.

По мнению экспертов ВОЗ, каждая женщина старше 30 лет должна проходить обязательно 3-компонентный скрининг: тест на вирус папилломы человека (ВПЧ), ПАП-тест и визуальный осмотр со специальной обработкой шейки матки раствором уксусной кислоты, что позволяет при нормальных результатах увеличить интервал наблюдения за женщиной и сократить в конечном итоге расходы (Рекомендации ВОЗ по профилактике рака шейки матки, декабрь 2014 г.). Вместе с тем ВПЧ-тестирование в стратегии скрининга населения на данном этапе, по нашему мнению, не может быть всеобщим и самостоятельным из-за высокой стоимости тест-систем. Представляется, что алгоритм скрининга должен быть этапным и адекватным клинической ситуации с учетом возраста. Хорошо известно, что «у женщин моложе 30 лет более 90% поражений, вызванных ВПЧ, регрессируют спонтанно, тогда как у женщин среднего возраста в связи с персистенцией вируса поражение регрессирует значительно реже» [8, 9]. Для

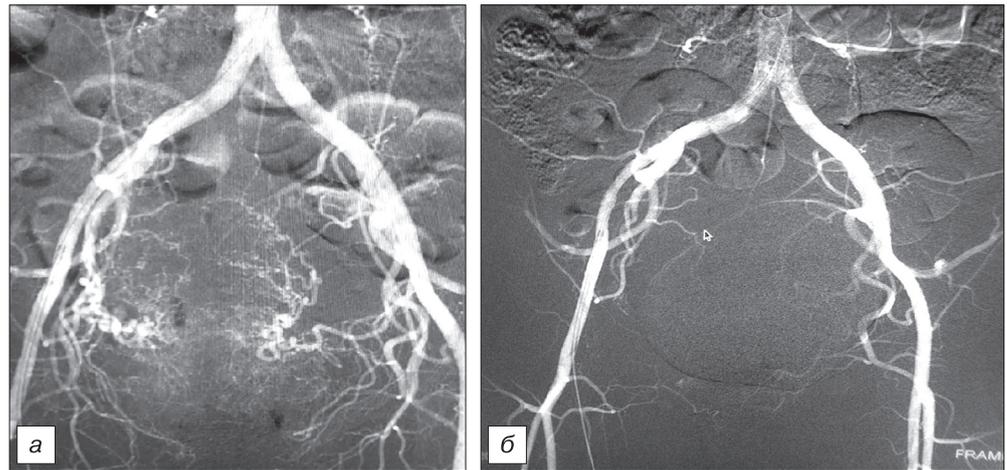


Рис. 4. Ангиография сосудов малого таза.

a – видна сосудистая архитектура матки; *б* – после химиоэмболизации сосуды матки не контрастируются.

женщин старше 65 лет при нормальной цитограмме достаточным является ПАП-тест. Кинетика новообразовательного процесса в этом возрасте такова, что от инфицирования вирусом до развития инвазивных форм рака не менее 10 лет. Этот период превышает показатель ДАЛИ (разницу между ожидаемой средней продолжительностью жизни женщин и фактическим возрастом, в котором может быть реализована клиническая манифестация заболевания).

Следовательно, современные подходы в организации скрининга на выявление папилломавирусной инфекции (ПВИ), дисплазий и ранних форм РШМ должны базироваться на разумном сочетании классических методов (гинекологического осмотра, цитологического исследования и ПЦР-тестирования с учетом возраста). Насущной задачей организации первичной и вторичной профилактики РШМ является формирование полицевого учета женщин, подлежащих обследованию, создание системы регионального мониторинга и кабинетов патологии шейки матки для проведения эффективных лечебных мероприятий. Если мы сумеем обеспечить доврачебные (смотровые) кабинеты тест-системами (в количестве 75–100 тыс. в год, исходя из расчетных потребностей области) значит сможем противостоять угрозе онкогенных ПВИ и РШМ. В качестве пилотного исследования с полицевым учетом такой проект нами организован в Старорусском районе, однако для оценки его эффективности прошло недостаточно времени. А пока мы вынуждены заниматься лечением инвазивных и осложненных форм РШМ. Онкология сегодня в лечении ЗН не может базироваться на трех основополагающих китах: хирургии, химио- и радиотерапии. В этом плане ангиографическая химиоэм-

болизация маточных сосудов является незаменимым компонентом лечения рака матки не только при распаде опухоли и кровотечениях, но и при выполнении радикальных операций при РШМ (Iб–IIб стадии) и эндометрия (II–III стадии) [10, 11]. В 32 из 33 наблюдений маточное кровотечение удалось купировать благодаря однократной эндоваскулярной эмболизации внутренних подвздошных артерий (рис 4).

В 1 (3,03±1,7%) случае в связи с выраженностью опухолевого процесса потребовалась повторная эмболизация на 3-и сутки. У 37 больных с инвазивной формой РШМ и у 18 больных раком эндометрия нами использована химиоэмболизация сосудов с целью уменьшения опухоли и кровопотери во время операции. В этих случаях на первом этапе проводились рентгеноконтрастные исследования, вводили химиопрепараты платины (80–120 мг) и циклофосфан (1000 мг), затем проводили эмболизацию внутренних подвздошных артерий. Для окклюзии висцеральных ветвей внутренних подвздошных артерий во всех случаях использовали мелконарезанную гемостатическую губку. У 53 больных удалось выполнить полную эмболизацию маточных артерий и у 2 – частичную. У 14 больных наблюдался постэмболический синдром в виде кратковременного подъема температуры и умеренных болей в области малого таза. На 3-и сутки больные практически бескровно оперированы.

Рак вульвы (РВ) всегда относился к числу сравнительно редких заболеваний, поражая преимущественно лиц преклонного возраста. Проблемой в лечении этой патологии являются наличие сопутствующих заболеваний, развитие рака на фоне атрофии тканей и локорегиональное распространение. Применение существующих методов комбинированного

Таблица 3

Сравнительные данные эффективности эндоваскулярных вмешательств при разных патологических процессах

Патологический процесс	Число больных	Эффективность манипуляции		Кратковременный подъем температуры, болевой синдром
		полная окклюзия	частичная	
Маточное кровотечение	33	32	1	4
Рак шейки матки Iб–IIб стадии (на предоперационном этапе)	37	35	2	6
Рак эндометрия II–III стадии(на предоперационном этапе)	18	18	–	4
Всего ...	88	85	3	14

лечения нельзя признать удовлетворительным [12, 13].

Большинство исследователей к основным этиологическим факторам относят дистрофические изменения и нарушения в системе нейроэндокринного гомеостаза. В последнее время особое место в этой системе патогенеза отводится ПВИ и проведению реконструктивных операций для снижения послеоперационных осложнений и рецидивов [14, 15].

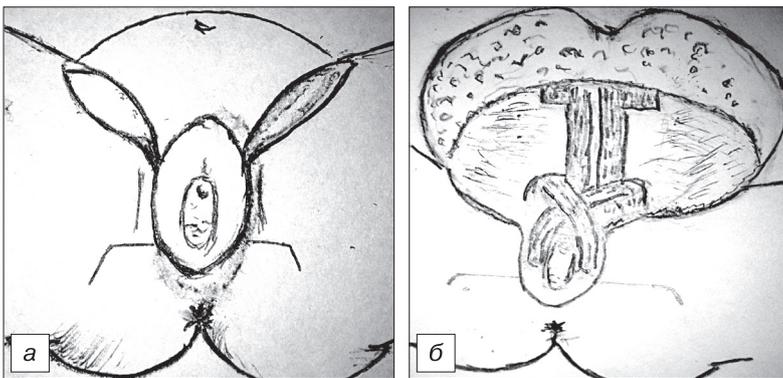
Учитывая, что развитие очагов РВ происходит на фоне склеротического лишая и повышенного ороговения эпителиальной ткани нами для выявления очагов малигнизации использована вульвоскопия (15-кратное увеличение) и методика соскоба с помощью скальпеля, состоящая из двух этапов: 1) снятие (соскоб) ороговевших чешуек эпителия; 2) скарификация и получении клеток из глубоких слоев в пределах базального слоя (до появления «росинок» крови, рис. 5, см. вклейку).

Цитологическое исследование 2-этапным методом у 70 из 92 пациенток с вульварными дисплазиями (VIN I–III) и разными формами ЗН позволило в $76 \pm 3,4\%$ случаев установить правильный диагноз, что значительно выше, чем по данным литературы, – 57% [13].

Иссечению РВ, склонной к распаду, предшествовала ее криодевитализация до температуры -180° с использованием аппарата ERBE, экспозиция 3–5 мин (рис. 6, см. вклейку). Данные свидетельствуют о перспективности метода, не влияющего на заживление. Хирургическое иссечение тканей вульвы со стороны опухоли проходит почти бескровно. Ключевым моментом улучшения результатов хирургического лечения РВ оказались работы, связанные с расширением объема оперативных вмешательств и реконструктивной пластикой, которые стали выполняться в 80-х годах на Западе, затем в России, что привело к снижению осложнений и смертности от РВ [12, 16, 17].

С 2005 г. нами выполнена 81 расширенная вульвэктомия. Для закрытия раневого дефекта использованы полноценные кожно-фасциальные лоскуты с задней поверхности бедра, которые позволяют избрать адекватный объем хирургического вмешательства и оправданы с многих позиций [4, 10, 11]. Эта зона имеет наибольший избыток тканей и непосредственно прилегает к ране. Во-вторых, эта область хорошо кровоснабжается. Заживление вторичным натяжением и местные рецидивы наблюдались у 6 больных (7,4%, тогда как, по данным Г.А. Неродо (2009), до 60–80% без реконструкции).

В последние годы нами разработан метод расширенной вульвэктомии и реконструкции вульвы полноценным абдоминальным лоскутом с дополнительным использованием нижнего сегмента прямой мышцы с *a. epigastrica inferior* (заявка на изобретение № 214145386 от 11.11.14 ВНИИГПЭ) (рис. 7). На высоте 11–15 см от лона с помощью аппарата *Garmonic* мышца пересекалась до ее середины, затем также с помощью этого же аппарата рассекались мышца продольно до лона. Последние укладывали на раневую поверхность, создающие недостающий объем больших половых губ и представляющие уникальный пластический материал для васкуляризации



#Рис. 7. Способ вульвэктомии с двусторонней лимфодиссекцией и реконструкция вульвы абдоминальным лоскутом и нижними сегментами прямых мышц живота с эпигастральными сосудами.

a – объем иссекаемых тканей; *б* – формирование больших половых губ перекрестными сегментами прямых мышц.

и дренирования лимфы. В области перекреста мышц и концов сегмента их фиксировали к мышцам влагалища рассасывающими швами (викрилом) так, чтобы они не нависали над устьем мочеиспускательного канала. Затем накладывали 6–7 швов по Донати на кожу промежности и заднюю стенку влагалища без натяжения, с тем чтобы определить, до какого уровня будет дефект кожи восполняться абдоминальным кожным лоскутом без натяжения. Метод применен у 6 пациенток, преимущественно доменопаузального периода, по поводу РВ на фоне склеротического лишая (Т1–2No–1Mo–1). Каких-либо осложнений с пластикой нижними сегментами прямой живота, имеющего хорошую васкуляризацию, не наблюдалось. Сроки лимфореи за счет всасывающих функций мышц живота сократились до 5–6 дней с хорошим косметическим эффектом.

В результате повысилась не только 5-летняя скорректированная выживаемость до 97,3% в сравнении с контрольной группой (разница статистически достоверна $p < 0,05$) (рис. 8, см. вклейку), но и снизилась смертность до 0,55–0,58 за последние 5 лет при увеличении заболеваемости РВ до 4,1 на 100 тыс. женского населения (рис. 9, см. вклейку).

При выраженных формах вульварных дистрофий VIN II–III методом выбора диагностики и лечения последних является фотодинамическая терапия с применением фотосенса. Последний накапливается в метаплазированных и раковых клетках. Лазерное излучение (аппарат АТКУС-2) длиной волны 661 ± 1 нм избирательно приводит к их разрушению. При рецидиве вульварных дисплазий выполняли реконструктивные операции.

Таким образом, мультидисциплинарный подход в решении проблем ЗН репродуктивных органов лежит на пути четко взаимосвязанных этапов: скрининг – малоинвазивные технологии установления природы опухолей и проведения органосохраняющих и реконструктивных операций при ранних формах рака.

Выводы

1. Проблема эффективности скрининга опухолей репродуктивных органов является многоплановой, прямой связанной с внедрением малоинвазивных методов диагностики, органосохраняющих и реконструктивных операций.

2. Полученные результаты снижения смертности от РМЖ (на 30,03±2,1%) являются наглядной мотивацией женщин для прохождения регулярного скрининга, позволяющего сохранить «грудь» или выполнить ее реконструкцию. Нет ничего убедительней, чем наглядный пример.

3. Удельный вес запущенных случаев РШМ остается высоким (более 25%). Цитологический скрининг выявления дисплазий и ранних форм РШМ нуждается в корректировке в соответствии с рекомендациями ВОЗ с полициевым учетом. Методом выбора в комплексной терапии инвазивных форм рака матки является химиоэмболизация маточных сосудов.

4. Показатели заболеваемости РВ имеют четкую тенденцию к увеличению. Применение криодевитализации опухоли, реконструктивных операций, в том числе абдоминального способа с сегментами прямых мышц после вульвэктомии, позволяет снизить риск послеоперационных осложнений и обеспечить формирование внешнего вида органа.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашрафян Л.А., Харченко Н.В., Киселев В.И. и др. *Рак вульвы: этиопатогенетическая концепция*. М.; 2006.
2. Петрова Г.В., Старинский В.В., Харченко Н.В., Грецова О.П. Состояние диагностики злокачественных новообразований в России в 2008 г. В кн.: *Сборник материалов VII съезда онкологов России*. 2009; т. I: 32–3.
3. Рожкова Н.И. Высокоэффективные ресурсосберегающие технологии в диагностической маммологии (к 5-летию Российской ассоциации маммологов). *Опухоль женской репродуктивной системы*. 2008; 1: 12–7.
4. Летыгин В.П., Григорьева Т.А. Реконструктивно-пластические операции в лечении больных раком молочной железы. *Опухоль женской репродуктивной системы*. 2012; 2: 19–26.
5. Черенков В.Г., Иванченко В.В., Тверезовский С.А. и др. Способ малоинвазивного удаления опухолевых заболеваний молочной железы и устройство для его осуществления. Патент РФ № 2394521. *Бюллетень ВНИИГПЭ*. 2010; № 20 от 20 июля.
6. Черенков В.Г., Петров А.Б., Иванченко В.В., Тверезовский С.А. и др. Способ одномоментной мастэктомии и реконструкции молочной железы собственными тканями. Патент РФ № 2502478. *Бюллетень ВНИИГПЭ*. 2013; № 36 от 27 декабря.
7. Черенков В.Г., Семиглазов В.Ф. *Рак молочной железы: как снизить риск и сохранить грудь*. М.: Медицинская книга; 2014.
8. Кривонос О.В., Чиссов В.И., Старинский В.В., Александрова Л.М. *Роль и задачи смотрового кабинета поликлиники как этапа в организации профилактических мероприятий, направленных на совершенствование онкологической помощи населению: Методические рекомендации*. М.; 2010.
9. Новик В.И. Скрининг рака шейки матки. *Практическая онкология*. 2010; 11 (2): 66–70.
10. Черенков В.Г., Петров А.Б., Ченцов И.В., Малышев А.А. Выбор методов химиоэмболизации в лечении злокачественных новообразований. В кн.: *Материалы X Медицинской научно-практической конференции «Dynamica naukoých badan-2014, 7–5 июля»*. Przemysli nauka i studia. Praha; 2014; Vol. 7: 36–9.
11. Шпенкова А.А., Черенков В.Г., Егорова Е.С., Ченцов И.В., Малышев А.А. Возможности химиоэмболизации при инвазивных формах рака шейки матки. *Евразийский онкологический журнал*. 2014; 3 (Тезисы VIII Съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии 16–18 сентября 2014 г.): 609.
12. Жаров А.В., Важенин А.В. *Оптимизация лечения больных раком вульвы*. Челябинск; 2005.
13. Жаров А.В. Хирургическое лечение больных раком вульвы. *Практическая онкология*. 2006; 7 (4): 205–15.
14. Чулкова О.В., Новикова Е.Г., Соколов В.В., Чулкова Е.А. Диагностика и лечение фоновых и предраковых заболеваний вульвы. *Практическая онкология*. 2006; 7 (4): 197–204.

15. Урманчеева А.Ф. Эпидемиология рака вульвы. Факторы риска и прогноза. *Практическая онкология*. 2006; 7 (4): 189–96.
16. Черенков В.Г., Александрова И.В. Опыт применения новых технологий и пластической хирургии в лечении рака вульвы. В кн.: *Материалы Научной конференции «От лучей Рентгена – к инновациям XXI века: 90 лет со дня основания первого в мире рентгенорадиологического института (Российского научного центра радиологии и хирургических технологий)*. 8–10 октября 2008 г., Санкт-Петербург. СПб.; 2008: 352–3.
17. Ате Ван дер Зее. Современное лечение рака вульвы. Актуальные вопросы онкогинекологии. *Практическая онкология*. 2009; 10 (2): 84–5.
18. Knapstein P.G., Mahlke M., Poleska W., Zeuner W. Erweiterte Behandlungsmöglichkeiten das Vulvakarzinomas durch plastisch-rekonstruktive Verfahren. *Zbl. Gynekol*. 1985; 107 (24): 1479–87.

REFERENCES

1. Ashrafyan L.A., Kharchenko N.V., Kiselev V.I. et al. *Cancer of the Vulva: Etiopathogenetic Concept*. Moscow; 2006. (in Russian)
2. Petrova G.V., Starinskiy V.V., Kharchenko N.V., Gretsova O.P. Condition of malignant neoplasms diagnosis in Russia in 2008. In: *The Collection of Materials of VII Congress of Oncologists of Russia*. Moscow; 2009; Vol. I: 32–3. (in Russian)
3. Rozhkova N.I. High-saving technologies in diagnostic breast care (to the 5th anniversary of the Russian Association of mammologists). *Opukholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy*. 2008; 1: 12–7. (in Russian)
4. Letyagin V.P., Grigor'eva T.A. Reconstructive plastic surgery in the treatment of patients with breast cancer. *Opukholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy*. 2012; 2: 19–26.
5. Cherenkov V.G., Ivanchenko V.V., Tverezovskiy S.A. et al. *Minimally Invasive Method of Removing the Tumor Diseases and, Breast Cancer and Device for its Realization*. Patent RF № 2394521, 2010. (in Russian)
6. Cherenkov V.G., Petrov A.B., Ivanchenko V.V., Tverezovskiy S.A. et al. *A Method of Simultaneous Mastectomy and Breast Reconstruction with its Own Tissues*. Patent RF № 2502478, 2013. (in Russian)
7. Cherenkov V.G., Semiglazov V.F. *Breast Cancer: How to Reduce the Risk of Cancer and Save a Breast*. Moscow; Meditsinskaya kniga; 2014. (in Russian)
8. Krivonosova O.V., Chissov V.I., Starinskiy V.V., Aleksandrova L.M. *The Role and Tasks of Examining Clinic Room as a Stage in the Organization of Preventive Measures Aimed at Improving Cancer Care to the Population: Guidelines*. Moscow; 2010. (in Russian)
9. Novik V.I. Screening for cervical cancer. *Prakticheskaya onkologiya*. 2010; 11 (2): 66–70. (in Russian)
10. Cherenkov V.G., Petrov A.B., Chentsov I.V., Malyshev A.A. The choice of chemoembolization methods in the treatment of malignant tumors. In: *Materials of X Medical Scientific and Practical Conference "Dynamica naukoých badan-2014"*. Przemysli nauka i studia (Praha). 2014; 7: 36–9. (in Russian)
11. Shpenkova A.A., Cherenkov V.G., Egorova E.S., Chentsov I.V., Malyshev A.A. Possibility of chemoembolization in invasive forms of cervical cancer. *Evrzyskiy onkologicheskiy zhurnal*. 2014; 3 (Theses of VIII Congress of Oncologists and Radiologists of CIS and Eurasia, September 16–18, 2014): 609. (in Russian)
12. Zharov A.V., Vazhenin A.V. *Vulvar Cancer Treatment's Optimization*. Chelyabinsk; 2005. (in Russian)
13. Zharov A.V. Surgical treatment of patients with cancer of the vulva. *Prakticheskaya onkologiya*. 2006; 7 (4): 205–15. (in Russian)
14. Chulkova O.V., Novikova E.G., Sokolov V.V., Chulkova E.A. Diagnosis and treatment of background and precancerous lesions of the vulva. *Prakticheskaya onkologiya "Opukholi vul'vy i vlagalishcha"*. 2006; 7 (4): 197–204. (in Russian)
15. Uрманчеева А.Ф. Epidemiology of vulvar cancer. Risk factors and prognosis. *Prakticheskaya onkologiya*. 2006; 7 (4): 189–96. (in Russian)
16. Cherenkov V.G., Aleksandrova I.V. The use of new technologies and plastic surgery in the treatment of vulva cancer: some case studies. In: *Proceedings of the Conference "From the Ex-rays to the Innovations of the XXI Century: 90 Years Since the Founding of the World's Radiological Institute (Russian Scientific Center of Radiology and Surgical Technologies)*. St. Petersburg; 2008: 352–3. (in Russian)
17. Ate van der Zee. Modern treatment of vulvar cancer. Topical issues of oncogynecology. *Prakticheskaya onkologiya*. 2009; 10 (2): 84–5. (in Russian)
18. Knapstein P.G., Mahlke M., Poleska W., Zeuner W. Erweiterte Behandlungsmöglichkeiten das Vulvakarzinomas durch plastisch-rekonstruktive Verfahren. *Zbl. Gynekol*. 1985; 107 (24): 1479–87. (in German)

Поступила 17.09.15

Принята к печати 18.10.15

К ст. В.Г. Черенкова и соавт.

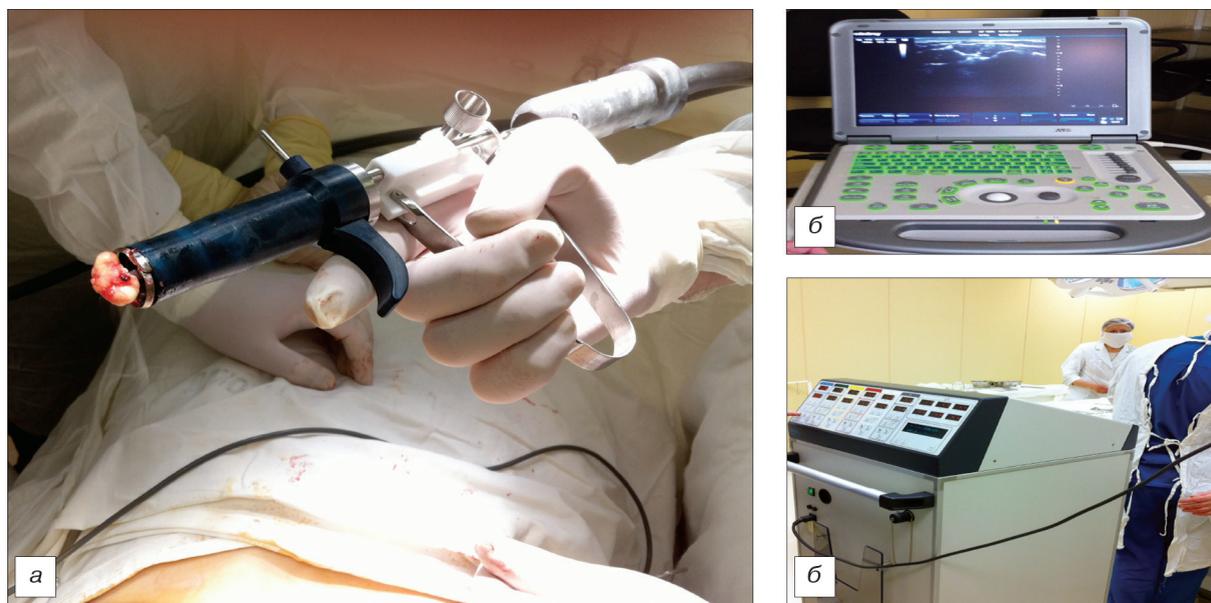


Рис. 2. Малоинвазивное удаление опухолевых образований МЖ.
 а – криомаммотом; б – аппарат УЗИ для подведения криозонды к патологическому очагу; в – криоаппарат.

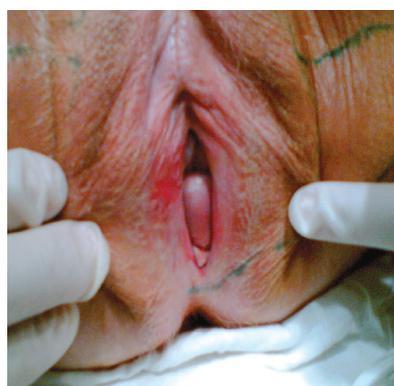
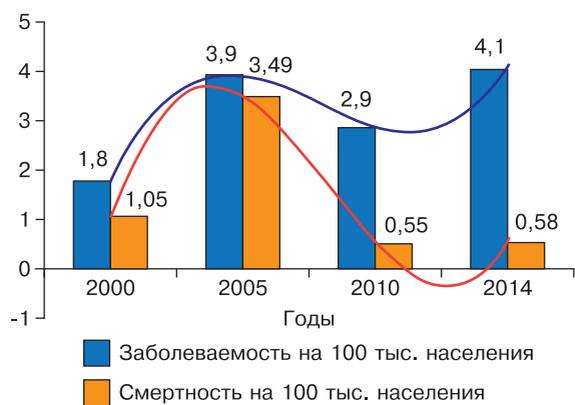


Рис. 5. Вид склеротического лишая с очагом *Carcinoma in situ* после скарификации.



Рис. 6. Криодевитализация опухолей вульвы с распадом.



#Рис. 8. Показатели скорректированной выживаемости больных РВ, подвергнутых реконструктивной операции, в сравнении с контрольной группой (без реконструкции).

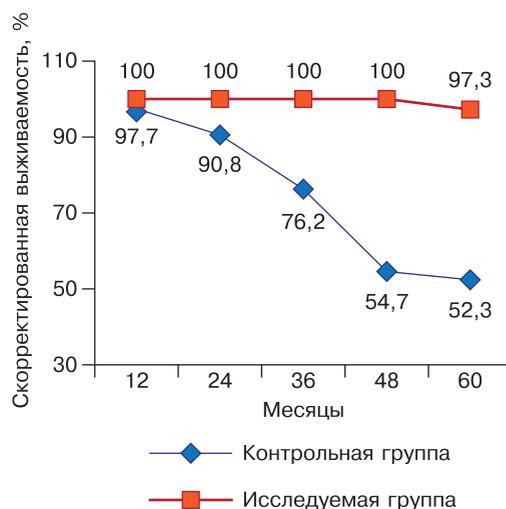


Рис. 9. Динамика заболеваемости и смертности от РВ (на 100 тыс. женского населения) в Новгородской области (2000–2014).