

В.С. Сухін

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

## Віддалені результати лікування хворих на рак вульви

Long-term results of treatment for vulvar cancer

**Цель работы:** Проанализировать результаты лечения больных раком вульвы (РВ) стадий IA–IVA (T1–3N0–2M0), которые представляют фрагмент международного многоцентрового научно-исследовательского проекта «VulCan», организованного Испанским обществом акушеров и гинекологов.

**Материалы и методы:** Проведено ретроспективное исследование данных 19 больных РВ стадий IA – IVA (T1–3N0–2M0), проходивших лечение в клинике ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины» в 2001–2005 гг.

**Результаты:** Установлено, что степень дифференцировки опухоли не влияет на стадию заболевания. В 26,3 % случаев имело место метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. Рецидив заболевания зарегистрирован у 26,3 % больных в течение 3 лет, у 40,0 % из них — в области первичной опухоли.

**Выводы:** Общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость у больных РВ I – IV стадий составила 73,7 %. Проведение предоперационного курса лучевой терапии снизило частоту локального рецидивирования.

**Ключевые слова:** рак вульвы, дифференцировка опухоли, рецидив заболевания.

**Мета роботи:** Проаналізувати результати лікування хворих на рак вульви стадій IA–IVA (T1–3N0–2M0), які становлять фрагмент міжнародного багаточентрового науково-дослідного проекту «VulCan», організованого Іспанським товариством акушерів і гінекологів.

**Матеріали і методи:** Проведено ретроспективне дослідження даних 19 хворих на рак вульви стадій IA–IVA (T1–3N0–2M0), які проходили лікування в клініці ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України» в 2001–2005 рр.

**Результати:** Виявлено, що ступінь диференціювання пухлини не впливає на стадію захворювання. У 26,3 % випадку має місце метастатичне ураження регіонарних лімфатичних вузлів. Рецидив захворювання зареєстровано у 26,3 % хворих протягом 3 років, у 40,0 % з них — у ділянці первинної пухлини.

**Висновки:** Загальна та безрецидивна 5-річна виживаність у хворих на РВ I – IV стадії склала 73,7 %. Проведення передопераційного курсу променевої терапії знизило частоту локального рецидивування.

**Ключові слова:** рак вульви, диференційованість пухлини, рецидив захворювання.

Рак вульви (РВ) є порівняно рідким захворюванням, що складає 2–5 % серед онкопатології органів жіночої статеві сфери [1–5]. За даними канцер-реєстру України, рівень захворюваності на РВ становить 2,8, а величина показника смертності — 1,5 на 100 000 жіночого населення [6]. Німецькі дослідники оцінюють рівень захворюваності на РВ як 2,5 на 100 000 жіночого населення [7, 8].

На інвазивний плоскоклітинний РВ припадає 90 % усіх злоякісних пухлин цієї локалізації і 1–2 % злоякісних епітеліальних пухлин у жінок. Іншими злоякісними пухлинами вульви є мела-

нома, аденокарцинома, саркома, рак бартолінової залози [9–12].

За даними Я.В. Бохмана, меланома вульви зустрічається в 4–6 % серед усіх злоякісних пухлин вульви і відрізняється агресивним клінічним перебігом [13], аденокарцинома вульви, за оцінкою Е.Е. Вишневської, зустрічається в 4 % випадків. Рак бартолінової залози становить близько 3 % випадків усіх локалізацій РВ і представлений аденокарциномою лише в 60 % випадків [1]. На саркому вульви, за даними В.К. Вінницької, припадає 0,2 % усіх локалізацій новоутворів цього органа [9].

Останнім часом зріс рівень трапляння інтраепітеліальної неоплазії вульви (VIN), отженауковці прогнозують подальше зростання захворюваності на РВ [12, 14, 15]. Частота виникнення VIN складає 0,53–0,80 на 100 тис. жінок. Приблизно 40% пацієнок з цієї патологією молодші 40 років [3].

Незважаючи на те, що РВ є візуальною локалізацією раку, кожна друга пацієнтка звертається до спеціалізованого лікувального закладу з поширеними формами захворювання [3].

Рак вульви — це діагноз жінок похилого віку, 80% інвазивного РВ діагностується у жінок після 55 років, при цьому 30% — віком понад 75 років. Середній вік хворих на інвазивний РВ — між 65 і 70 роками. Оскільки більшість хворих на РВ старші 65 років, можна припустити, що ця захворюваність зростатиме зі збільшенням тривалості життя в популяції [11, 13].

Метою нашого дослідження, яке є фрагментом міжнародного багаточетрового науково-дослідного проекту «VulCan», організованого Іспанським товариством акушерів і гінекологів [16], був аналіз результатів лікування хворих на РВ стадій IA–IVA (T1–3N0–2M0) в одному медичному закладі.

## Методика дослідження

Проведено ретроспективне дослідження даних 19 хворих на РВ стадій IA–IVA (T1–3N0–2M0), які перебували на лікуванні в клініці ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України» в 2001–2005 рр.

Стадію РВ встановлювали відповідно до клінічної класифікації FIGO (Міжнародна федерація гінекологів і акушерів) і TNM 6 [17, 18], з урахуванням результатів додаткових методів дослідження — УЗД, комп'ютерної томографії органів грудної, черевної порожнини та малого таза.

Остаточний діагноз ставили після отримання результатів гістологічного дослідження післяопераційного матеріалу — хірургічне стадіювання [3].

До антибластомної терапії входило оперативне лікування в обсязі розширеної вульвектомії з двобічною пахово-стегною лімфаденектомією, ад'ювантний курс променевої (ПТ) і хемотерапії (ХТ). Передопераційний курс ПТ хворим на РВ проводили в разі великих розмірів первинної пухлини (стадія T3) і/або за наявності інфільтративного процесу з метою подальшого проведення радикального хірургічного втручання. Ад'ювантний курс ПТ проводили за розміру пухлини > 2 см (T2 і більше); курс ХТ — при метастатичному ураженні регіонарних лімфатичних вузлів (N1–2) [9, 19].

Дистанційне опромінення хворих виконували на апараті РОКУС-АМ, разова осередкова доза (РОД) 2 Гр, сумарна осередкова доза (СОД) при передопераційному опроміненні складала 30 Гр, при ад'ювантному курсі — 42 Гр. Опромінення ділянки вульви проводили з прямого поля розміром 8 × 10 або 8 × 12 см, пахових ділянок — з прямих полів розміром 6 × 12 см кожне. Термін спостереження склав 60 місяців.

Статистичне опрацювання матеріалу проведено за допомогою пакета програм Statistica 6,0.

## Результати та їх обговорення

Результати дослідження хворих на РВ оцінювали з урахуванням основних прогностичних факторів: вік (повний рік на день госпіталізації в клініку), стадія захворювання і гістологічна структура пухлини.

Аналіз гінекологічного анамнезу пацієнок виявив, що всі вони перебували в менопаузі, а їх вік варіював у діапазоні 60–81 рік (рисунок 1).

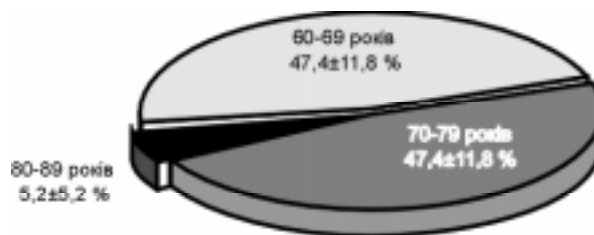


Рисунок 1. Розподіл хворих на рак вульви залежно від віку

Fig. 1. Age-dependent distribution of VC patients

Виявлено, що середній вік хворих склав 70,3 ± 6,1 року, медіана віку — 71,0 року. Віком понад 75 років були 4 пацієнтки (21,1%), що відповідає середньостатистичним рівням показників по Україні. За останні 10 років значення цього показника в Україні зросло з 68,0 до 70,3 року [6, 20].

Частоту трапляння різних стадій РВ в нашому дослідженні наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих на рак вульви залежно від стадії захворювання  
VC patients distribution by the disease stage

Стадія РВ за FIGO	Стадія РВ за TNM	Кількість хворих	
		абс.	% ± SE
IA	T1aN0M0	2	10,5 ± 7,2
IB	T1bN0M0	5	26,3 ± 10,4
II	T2N0M0	7	36,8 ± 11,4
III	T1–3N1M0	4	21,2 ± 9,6
IVA	T3N2M0	1	5,2 ± 5,2
Разом	—	19	100,0

Примітка. SE — стандартна похибка середнього значення.

Як видно з наведених даних, у дослідженій вибірці превалювали хворі з I і II стадіями захворювання.

За даними НДІ онкології ім. проф. М.М. Петрова (Росія, Санкт-Петербург), I стадію РВ виявлено

тільки в 18,9% випадків, II — у 31,0%, III стадію — у 34,8%, IV — у 10,7% [11].

За результатами аналогічного дослідження, проведеного в університетській клініці м. Марбург (Німеччина), I стадію РВ виявлено в 41,7% випадків, II — в 19,4%, III — в 6,9%, IV стадію — в 9,7%. З первинно не встановленою стадією захворювання було 22,2% хворих [21].

Отриманий нами розподіл лежить у середині інтервалу значень для I–II стадій, що можна пояснити відмінностями у рівні загальної онкологічної настороженості лікарів-гінекологів у різних країнах світу.

Співвідношення між віком хворих і стадією процесу наведено на рисунку 2.

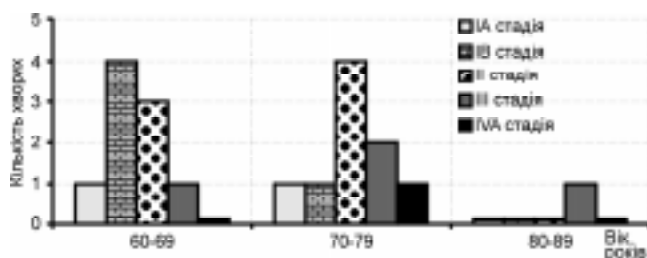


Рисунок 2. Розподіл хворих на рак вульви за стадіями захворювання залежно від віку

Fig. 2. Age-dependent distribution of VC patients by the disease stage

Аналіз розподілу хворих на РВ за стадіями захворювання залежно від віку показав, що пік захворюваності припадає на групу 60–79 років, при I стадії — на вікову групу 60–69 років, при II стадії — 70–79 років. У групі 80–89 років була тільки одна пацієнтка з РВ IV стадії.

За локалізацією пухлини спостерігався такий розподіл хворих: в 11 випадках ( $57,9 \pm 11,6$ )% пухлина локалізована в ділянці великих статевих губ, у 5 ( $26,3 \pm 10,4$ )% — в ділянці малих статевих губ, у 3 випадках ( $15,8 \pm 8,6$ )% — у зоні клітора.

За даними літератури, локалізація пухлини в ділянці великих і малих статевих губ спостерігається в 60–70% випадків, у зоні клітора — в 20–30% [1, 9].

Аналіз розподілу хворих в залежності від розміру первинної пухлини показав, що в 11 з 19 жінок ( $57,9 \pm 11,6$ )% розмір первинної пухлини становив  $\leq 3$  см у діаметрі, у 8 з 19 ( $42,2 \pm 11,6$ )% — більше 3 см.

За даними літератури, при діаметрі первинної пухлини  $> 3$  см відбувається інфільтрація прилеглої тканини, що в певній ситуації може

ускладнювати проведення абластичного хірургічного втручання [1].

У нашому дослідженні у хворих на РВ переважали пухлини діаметром  $\leq 3$  см, з локалізацією в зоні великих статевих губ, що є достатньо сприятливим прогностичним фактором.

При гістологічному дослідженні у всіх хворих виявлено плоскоклітинний рак.

Розподіл хворих на РВ залежно від ступеня диференційованості пухлини (G) представлений на рисунку 3.

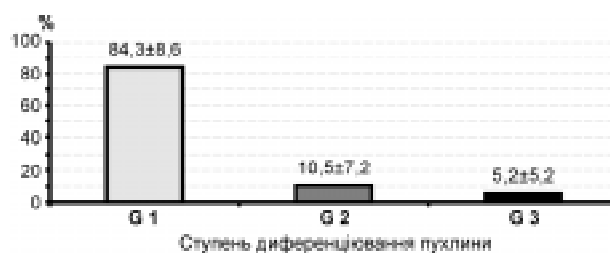


Рисунок 3. Розподіл хворих на рак вульви залежно від ступеня диференційованості пухлини (G)

Fig. 3. VC patients distribution by the tumor differentiation

Як видно з представлених на рисунку 3 даних, найчастіше зустрічаються високодиференційовані пухлини (G1) — у 16 хворих, тоді як помірно диференційовані пухлини (G2) — у 2, та низькодиференційована пухлина (G3) — в 1 хворій.

У дослідженні німецьких авторів превалювали помірно диференційовані пухлини (G2) — в 79,2% випадків.

Аналіз частоти трапляння того чи іншого ступеня диференційованості новоутвору залежно від стадії захворювання наведено в таблиці 2. У всіх 7 хворих з I стадією РВ і у 4 з 7 ( $57,1 \pm 20,2$ )% хворих з II стадією спостерігався високий ступінь диференційованості пухлини. Пухлину помірного та низького ступеня диференційованості визначено тільки у 3 пацієнток з II стадією РВ — у 2 ( $10,5 \pm 7,2$ )% та 1 ( $5,2 \pm 5,2$ )% з 19 пацієнток, відповідно. Неочікуваним було те, що у пацієнтки з IV стадією РВ діагностовано високий ступінь диференційованості пухлини.

На підставі отриманих нами даних можна зробити висновок, що ступінь диференційованості пухлини не впливає на стадію захворювання, що відповідає даним літератури [21].

Найважливішим прогностичним фактором захворювання на РВ є метастатичне ураження лімфатичних вузлів, прогноз погіршується зі збільшенням їх кількості [3].

Розподіл хворих на рак вульви за стадіями захворювання залежно від ступеня диференційованості пухлини  
VC patients distribution by the disease stage and the tumor differentiation

Стадія РВ		Ступінь диференційованості пухлини, кількість хворих						Разом	
		G1		G2		G3			
за FIGO	за TNM	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
IA	T1aN0M0	2	12,5 ± 8,5	0	0,0	0	0,0	2	10,5 ± 7,2
IB	T1bN0M0	5	31,2 ± 12,0	0	0,0	0	0,0	5	26,3 ± 10,4
II	T2N0M0	4	25,0 ± 11,2	2	100,0	1	100,0	7	36,8 ± 11,4
III	T1-3N1M0	4	25,0 ± 11,2	0	0,0	0	0,0	4	21,1 ± 9,6
IVA	T3N2M0	1	6,3 ± 6,3	0	0,0	0	0,0	1	5,2 ± 5,2
Разом	—	16	84,3 ± 8,6	2	10,5 ± 7,2	1	5,2 ± 5,2	19	100,0

При виконанні пахової лімфаденектомії у хворих дослідженої вибірки з кожного боку було видалено від 1 до 7 лімфовузлів (максимум 13 лімфовузлів). При гістологічному дослідженні у 5 з 19 ((26,3 ± 10,4)%) пацієнток даної групи спостерігалось метастатичне ураження 1–3 лімфатичних вузлів. В однієї з пацієнток (20,0%) діагностовано білатеральне ураження лімфатичних вузлів, що підтверджує дані про те, що рак вульви є пухлиною, для якої характерне раннє лімфогенне метастазування [1, 4]. Наші дані відповідають даним літератури. Так, за даними E. Crosbie et al., після лімфаденектомії в 30% випадків у хворих на РВ виявляють уражені лімфатичні вузли [5]. За даними Л.І. Воробйової, в 37,6% випадків має місце метастатичне ураження лімфатичних вузлів [20], за даними Е.Е. Вишневської, — у 12–15% випадків [1].

Розподіл хворих на РВ залежно від методики лікування і стадії захворювання наведено в таблиці 3.

Як видно з наведених даних, 16 хворим лікування розпочато з хірургічного етапу з подальшим проведенням ад'ювантного лікування (О + ПТ/ХТ), за винятком пацієнток зі стадією IA, а 3 — з метою зменшення розмірів пухлини і зниження її метастатичного потенціалу проводили комбіноване лікування, яке починали з передопераційного курсу ПТ, з подальшим проведенням хірургічного та ад'ювантного лікування (ПТ + О + ПТ/ХТ).

Основним критерієм ефективності лікування є частота виникнення рецидивів захворювання. У дослідженій вибірці їх виявлено у 5 хворих на РВ зі стадією IB–IVA, що склало (26,3 ± 10,4)%. Терміни виникнення рецидивів — 6–35 місяців, ме-

Таблиця 3  
Розподіл хворих на рак вульви за стадіями залежно від методики лікування  
VC patients distribution by the disease stage and the treatment technique

Стадія РВ		Схема лікування, кількість хворих			
		(О + ПТ/ХТ)		(ПТ + О + ПТ/ХТ)	
за FIGO	за TNM	абс.	%	абс.	%
IA	T1aN0M0	2	12,5 ± 8,5	—	—
IB	T1bN0M0	5	31,2 ± 12,0	—	—
II	T2N0M0	6	37,5 ± 12,5	1	33,3 ± 33,3
III	T1-3N1M0	3	18,8 ± 10,0	1	33,3 ± 33,3
IVA	T3N2M0	—	—	1	33,3 ± 33,3
Разом	—	16	84,3 ± 8,6	3	15,7 ± 8,6

Примітка. О — операція, ПТ — променева терапія, ХТ — хемотерапія.

діана — 13,0 місяців. Найбільшу кількість рецидивів РВ у дослідженні відзначено при III стадії захворювання — у 2 з 5 хворих (40,0%), середній час до появи рецидиву — 15,0 місяців.

Якщо розглянути даний показник у загальній когорті хворих (19 осіб), то при РВ стадії IA–B рецидив захворювання мав місце у (14,3 ± 14,3)% випадку (1 із 7 хворих), при II стадії — у (14,3 ± 14,3)% (1 із 7 хворих), при III стадії — у (50,0 ± 28,8)% випадку (2 із 4 хворих), при IV стадії — у 100,0% випадків (1 хвора).

Розподіл хворих із рецидивом залежно від стадії захворювання представлено на рисунку 4, а залежно від локалізації рецидиву — на рисунку 5.

Рецидиви захворювання виникали в зоні післяопераційного рубця у 2 з 5 хворих на РВ — з II (T2N0M0) і III (T3N1M0) стадією захворювання. Терміни виникнення рецидиву склали 35 і 6 місяців, відповідно. В однієї пацієнтки з III

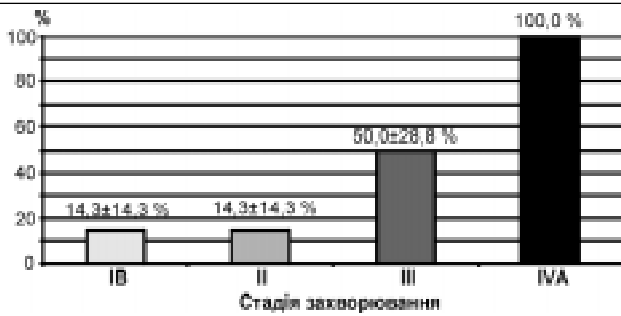


Рисунок 4. Розподіл хворих з рецидивом залежно від стадії захворювання

Fig. 4. Distribution of the patients with the disease relapse by the stage of the disease

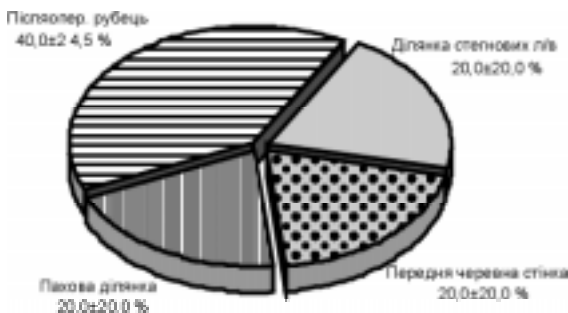


Рисунок 5. Розподіл хворих з рецидивом захворювання залежно від локалізації рецидиву

Fig. 5. Distribution of the patients with the disease relapse by the relapse location

(T1N1M0) стадією РВ рецидив відзначено в паховій ділянці в термін 13 місяців.

У 1 хворої зі стадією РВ T1vN0M0 рецидив захворювання проявився у вигляді метастатичного ураження стегнових лімфовузлів в термін 15 місяців, у 1 з РВ IVA (T3N2M0) стадією через 6 місяців — у вигляді обмеженого метастазу в передню черевну стінку.

При аналізі виникнення рецидиву захворювання залежно від локалізації первинної пухлини, виявлено, що у 4 з 5 (80,0%) хворих первинна пухлина локалізувалася в ділянці великих статевих губ, в 1 пацієнтки — в зоні малих. В жодної з 3 хворих на РВ з локалізацією первинної пухлини в зоні клітора рецидиву захворювання протягом 60 місяців не виявлено.

Якщо розглянути даний показник у загальній когорті хворих (19 осіб), то частота виникнення рецидиву в зоні великих статевих губ склала (21,1 ± 9,6)%, в ділянці малих — (5,2 ± 5,2)%.

Аналіз залежності терміну виникнення рецидиву захворювання від розміру первинної пухлини виявив, що у 3 з 5 (60,0 ± 24,5)% хворих з рецидивом захворювання розмір первинної пухлини був > 3 см, що є поганим прогностичним фактором [3, 22].

Таким чином, у нашому дослідженні у хворих на РВ переважно спостерігався локорегіонарний характер рецидивування. Місцеві і регіонарні рецидиви виявлено в 2 і 2 пацієнтки, що склало (40,0 ± 24,5) і (40,0 ± 24,5)% відповідно, хоч у загальній когорті (2 з 19 хворих) — в (10,5 ± 7,2) і (10,5 ± 7,2)% випадків, відповідно. Віддалені метастази відзначено в 1 (5,2 ± 5,2)% пацієнтки у вигляді ізолюваного метастазу в передній черевній стінці. Рецидив захворювання протягом 1-го року виник у 2 хворих на РВ, 2-го року — у 2 пацієнтки, і в кінці 3-го року спостереження — в 1 пацієнтки.

У 3 з 5 (60,0 ± 24,5)% хворих з рецидивом захворювання первинно ми виявили ураження регіонарних лімфатичних вузлів. Проте, лише тільки в 1 (20,0 ± 20,0)% випадку рецидив локалізувався в зоні цих лімфовузлів.

За даними різних авторів, рецидиви раку вульви найчастіше виникають в проекції первинної пухлини — в 48,0–75,7% випадків. У ділянці регіонарних лімфатичних вузлів рецидив виявляється в 14–40% хворих. Частота локальних рецидивів пухлини більшою мірою залежить від відстані вільного краю резекції від пухлини [3, 22, 23].

Разом з цим окремі дослідники відзначають у 8% випадків наявність віддалених, а в 14% — множинних метастазів [5]. Наші дані корелюють з даними літератури, хоча множинних метастазів ми не спостерігали.

Аналіз залежності виникнення рецидивів захворювання від характеру проведеного лікування виявив, що в групі хворих, яким лікування розпочато з хірургічного етапу, рецидиви спостерігалися у 3 пацієнтки зі стадією T1bN0M0, T1N1M0, T2N0M0 у вигляді рецидиву: місцевого — у двох і регіонарного — в однієї пацієнтки. У групі хворих, які отримали передопераційний курс ПТ, рецидив захворювання розвинувся в 2 пацієнтки з T3N1M0, T3N2M0 в зоні стегнових лімфатичних вузлів і передньої черевної стінки.

Таким чином, проведення передопераційного курсу ПТ дозволило домогтися операбельності первинної пухлини, а також знизити частоту місцевого рецидивування. У жодної з 3 хворих на РВ з III–IVA стадією не відмічено наявності місцевого рецидиву захворювання.

Аналіз тривалості життя хворих виявив, що загальна і безрецидивна п'ятирічна виживаність хворих на РВ склала 73,7%.

При аналізі п'ятирічної виживаності у хворих на РВ I стадії величина даного показника склала 85,7%, при II — 85,7%, при III — 50,0%, при IVA стадії — 0%.

За даними літератури, рівень досліджуваного показника при комбінованому лікуванні у хворих на РВ I стадії відповідав 100 %, II стадії — 84,6%, III стадії — 53,6% [4, 17].

Отримані нами результати корелюють з даними літератури [1].

## ВИСНОВКИ

1. Переважною локалізацією раку вульви є великі статеві губи (57,9%), з превалюванням високого ступеня диференціювання пухлини (84,3%).

2. Ступінь диференціювання пухлини не впливає на стадію захворювання. У 26,3% випадків відзначено метастатичне ураження регіонарних лімфатичних вузлів. Рецидив захворювання мав місце у 26,3% хворих, в 40,0% з них — у ділянці локалізації первинної пухлини в термін до 3 років після проведеного радикального лікування. Середній час до його виникнення склав 15 місяців.

Проведення передопераційного курсу ПТ знизило частоту локального рецидивування. Загальна та безрецидивна 5-річна виживаність у хворих на РВ I–IV стадії склала 73,7%.

## Подяка

Хочу висловити подяку д.м.н., ст.н.с. проф. О.А. Міхановському, к.м.н., ст.н.с. І.М. Круговій, к.м.н., ст.н.с. О.В. Слободянюк, лікарям Л.Д. Скрипник, Н.М. Щит, Н.В. Федоренко, а також іншим співробітникам інституту, які брали участь у лікуванні хворих на рак вульви. Результати його проаналізовані та наведені в даній статті. Робота виконана в рамках міжнародного проекту «VulCan» відповідно до договору з університетською клінікою La Paz (Мадрид). Координатор проекту д-р Ігнасіо Запардіель.

## Література

1. Вишневская Е.Е. Предпухоловые заболевания и злокачественные опухоли женских половых органов. — Минск: Вышейш. шк., 2002. — 416 с.
2. Гилязутдинова З.Ш., Михайлова М.К. Онкогинекология (рук-во для врачей) — 2-е изд. — М.: Медпресс-информ, 2002. — 384 с.
3. Жаров А.В., Важенин А.В. Оптимизация лечения больших раком вульвы // Челябинск, 2005. — 131 с.
4. Жаров А.В. // *Практ. онкол.* — 2006. — Т. 7, № 4. — С. 205–215.

5. Crosbie E.J., Slade R.J., Ahmed A.S. // *Cancer treatment reviews.* — 2009. — Vol. 35. — P. 533–539.
6. *Бюлетень національного канцер-реєстру України.* — № 12. — К., 2011. — 118 с.
7. Fuh K.C., Berek J.S. // *Hematol. Oncol. Clin. North. Am.* — 2012. — Vol. 26, № 1. — P. 45–62.
8. Hampl M., Deckers-Figiel S., Hampl J.A. et al. // *Gyn. Oncol.* — 2008. — Vol. 109. — P. 340–345.
9. Винницкая В.К., Мельник А.Н., Рыбалка А.Н. и др. *Онкологическая гинекология.* — К.: Здоров'я, 1983. — 248 с.
10. Коржевская Е.В., Кузнецов В.В. // *Практ. онкол.* — 2006. — Т. 7, № 4. — С. 221–227.
11. Урманчеева А.Ф. // *Там же.* — С. 189–196.
12. Tortolero-Luna G., Franco E.L. *Epidemiology of Cervical, Vulvar and Vaginal Cancers* / In: Gershenson D.M., McGuire W.P., Gore M. et al. // *Gyn. Cancer: Oncological Management.* — ELSEVIER: Churchill Livingstone, 2004. — P. 3–30.
13. Бохман Я.В. *Руководство по онкогинекологии.* — СПб.: Фолиант, 2002. — 542 с.
14. Аурафян Л.А., Харченко Н.В., Киселев В.И. и соавт. *Рак вульвы: этиопатогенетическая концепция.* — М., 2006. — 192 с.
15. Dittmer C., Fischer D., Diedrich K., Thill M. // *Arch. Gynecol. Obstet.* — 2012. — Vol. 285, № 1. — P. 183–193.
16. *VulCan clinical study protocol.* — 2012. — Spanish Society of Obstetrics and Gynecology. — <http://bioinfo.iconcologia.net/sego>.
17. *FIGO 26th annual report on the results of treatment in gynecological cancer.* — 2006.
18. *Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium* // *Int. Journ. of Gyn. and Obst.* — 2009. — Vol. 105. — P. 103–104.
19. Бохман Я.В., Таджибаева Ю., Чкуасели Г.Т. // *Вопр. онкол.* — 1990. — Т. 36, № 4. — С. 472–476.
20. Воробйова Л.І., Турчак О.В., Неспрядько С.В. та ін. // *Онкол.* — 2003. — Т. 5, № 3. — С. 223–225.
21. Baumann K., Muller O., Naujok H. et al. // *Journ. of Oncol.* — 2010. — ID 512032. — 6 p.
22. Турчак А.В. // *Онкол.* — 2009. — Т. 11, № 4. — С. 312–313.
23. Куприенко Н.В., Кутицкая Т.В. // *Клин. онкол.* — 2011. — Спец. вып. № II. — С. 149.

Надходження до редакції 07.07.2012.

Прийнято 06.11.2012.

Адреса для листування:  
Сухін Вячеслав Сергійович,  
ДУ Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва  
НАМН України,  
вул. Пушкінська, 82, Харків, 61024, Україна