

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
Московский научно-исследовательский онкологический институт
ИМЕНИ П. А. ГЕРЦЕНА
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
125284 Москва, 2-й Боткинский пр-д, 3

ОПЕРАТИВНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ
СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ
ПОСЛЕ НЕРАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

(медицинская технология)

Москва 2008

УДК 618.11-006.04-089.193.4-089.819

ББК 55,6

О 60

Новикова Е.Г., Гришин Н.А., Антипов В.А., Шевчук А.С.

Оперативная лапароскопия у больных со злокачественными опухолями яичников после нерадикального хирургического вмешательства.

М: ФГУ «МНИОИ им. П.Л. Герцена Росмедтехнологий».-2008.-ил.-18 с.

ISBN 5-85502-090-8

Медицинская технология оперативной лапароскопии у больных со злокачественными опухолями яичников ранних стадий, перенесших нерадикальное хирургическое вмешательство, позволяет провести правильное стадирование опухолевого процесса, выполнить радикальную операцию лапароскопическим способом с соблюдением онкологических принципов, и быть адекватной альтернативой аналогичным оперативным вмешательствам, выполненным лапаротомным доступом. Предлагаемая медицинская технология, наряду с высокой диагностической точностью и онкологической радикальностью, значительно снижает травматичность операции, уменьшает риск интра- и послеоперационных осложнений, существенно сокращает сроки реабилитации и улучшает качество жизни оперированных больных.

Патент на изобретение № 2251987 от 20.05.2005 «Способ лапароскопического лечения больных со злокачественными опухолями яичников, перенесших нерадикальную операцию».

Медицинская технология предназначена для онкологов-гинекологов, онкологов-хирургов и может быть использована в специализированных онкологических учреждениях.

Регистрационное удостоверение № ФС-2007/222 от 26 октября 2007 г.

Учреждение-разработчик: ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»

Авторы: Е.Г.Новикова, Н.Л.Гришин, В.А.Антипов, А.С.Шевчук.

Рецензенты; руководитель отделения гинекологии ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии Росмедтехнологий», д.м.н., профессор Л.А. Ашрафян; руководитель отделения эндоскопической хирургии МОНИИАГ, ведущий научный сотрудник, д.м.н., профессор А.А.Попов

Ответственный за издание: профессор В.В. Старинский

ISBN 5-85502-090-8

© Коллектив авторов, 2008 г.

О ФГУ «МНИОИ им. П.Л. Герцена Росмедтехнологий», Москва, 2008 г.

Вес права авторов защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

ВВЕДЕНИЕ

В структуре онкологической заболеваемости женского населения России злокачественные новообразования яичников занимают 7-е ранговое место и имеют самые высокие показатели летальности среди всех гинекологических опухолей. По данным эпидемиологических исследований, в России, как и в большинстве стран, отмечается четкая тенденция к повышению заболеваемости злокачественными опухолями яичников, при этом у 60-70 % больных на момент первичного обращения отмечены распространенные стадии опухолевого процесса.

Локализованные формы злокачественных опухолей яичников, как правило, диагностируются в результате операций, выполняемых в гинекологических стационарах по поводу клинически предполагаемого доброкачественного образования яичника. Это обусловлено, с одной стороны, объективными трудностями раннего выявления злокачественных новообразований, с другой стороны - ошибками, возникающими на этапах первичной диагностики и лечения заболеваний данной нозологической группы, связанными главным образом с низкой онкологической настороженностью врачей общей лечебной сети. Последнее обстоятельство является основной причиной выполнения нерадикальных хирургических вмешательств, в результате которых онкогинекологи сталкиваются с отсутствием данных, позволяющих определить степень распространенности опухолевого процесса и выбрать адекватную лечебную тактику. Возникает необходимость реоперации с целью правильного стадирования заболевания и обеспечения радикальности хирургического лечения.

Повторная операция, требующая выполнения срединно-нижнесрединной лапаротомии, как наиболее оптимального хирургического доступа при злокачественных опухолях яичников, является тяжелой физической и моральной травмой для больных, что не может не отразиться на качестве жизни оперированных женщин. В этих случаях использование лапароскопической хирургии представляется более предпочтительным с точки зрения снижения травматичности операции и улучшения качества жизни пациенток, что наряду с онкологическими результатами является важнейшим показателем эффективности лечения.

В последние годы в зарубежной литературе появились публикации, посвященные использованию лапароскопической хирургии с целью рестадирования злокачественных опухолей яичников [7, 9, 10]. Однако исследуемые группы больных малочисленны и разнородны, противоречивы мнения относительно абластичности и ради-

кальюсти применения оперативной лапароскопии в лечении злокачественных новообразований яичников.

В отделении онкогинекологии МЫИОИ им. П.Л. Герцена разработана и научно обоснована методика оперативной лапароскопии у пациенток со злокачественными опухолями яичников, перенесших нерадикальное хирургическое вмешательство. Оригинальность разработанной медицинской технологии заключается в том, что она позволяет не только провести правильное стадирование опухолевого процесса и выполнить оперативное вмешательство в адекватном объеме, но и значительно снизить его травматичность, уменьшить риск интра- и послеоперационных осложнений, существенно сократить сроки реабилитации и улучшить качество жизни оперированных больных, повысить экономическую эффективность лечения в целом. Вместе с тем выполняемые после нерадикального хирургического вмешательства лапароскопические операции по поводу злокачественных опухолей яичников являются технически сложными и сопряжены с использованием новейших диагностических и хирургических технологий. Однако они могут эффективно использоваться в качестве адекватной альтернативы аналогичным оперативным вмешательствам, выполненным лапаротомным доступом.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Показания:

- неадекватное хирургическое стадирование опухолевого процесса при оперативных вмешательствах, выполняемых по поводу злокачественных новообразований яичников;
- нерадикальный объем операции, выполненной по поводу злокачественной опухоли яичников.

Противопоказания:

- общие противопоказания к выполнению лапароскопических операций;
- массивная внутрибрюшная диссеминация опухолевого процесса; выраженный спаечный процесс в брюшной полости.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Все медицинские изделия серийно выпускаются и разрешены к использованию в клинической практике в установленном порядке.

1. Набор хирургического оборудования и инструментария для выполнения лапароскопических оперативных вмешательств в гинекологии, например Auto Suture, Tyco Health Care Group (США, Мексика), рег. №2001/599.

2. Ультразвуковой аппарат HAWK 2102 с лапароскопическим ультразвуковым датчиком для проведения интраоперационного ультразвукового исследования, «В-К Medical» (Дания), рег. № 005/1837.

3. Гармонический скальпель «UltraCision» с рабочим лапароскопическим инструментом «ножницы», диаметр 10 мм, «Eticon Endo-Surgery», компания Jonsen&Jonsen, (США), рег. № 2005/1634, 2005/1635.

4. Контейнеры-приемники для эвакуации удаленных органов и тканей из брюшной полости, например, «Eticon Endo-Surgery», компания Jonsen&Jonsen, (США), рег. № 2006/1252.

ОПИСАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

При планировании лапароскопической операции после нерадикального хирургического вмешательства по поводу злокачественной опухоли яичника в каждом случае проводят тщательный анализ представленной медицинской документации и гистологических заключений с обязательным изучением протокола нерадикальной операции и уточнением ее объема.

Всем больным проводят комплексное обследование с целью определения степени операционно-анестезиологического риска (используются общеклинические методы) и распространенности опухолевого процесса (рентгенография легких; ультразвуковое исследование органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; определение уровней опухолевых маркеров; в случаях необходимости - компьютерная или магнитно-резонансная томография, ректороманоскопия и др.). При наличии явных признаков диссеминации опухолевого процесса, выявленных уже на этапе предоперационного обследования, выполнение повторной операции лапароскопическим способом нецелесообразно, в этих случаях необходимо применить стандартный лапаротомный доступ.

С целью определения локализации и распространенности висцеропариетальных сращений, обусловленных послеоперационным спаечным процессом и являющихся одной из главных причин повреждения органов брюшной полости при наложении пневмоперитонеума и введении первого троакара, выполняют ультразвуковое картирование иа-раумбиликальной области и зоны послеоперационных рубцов.

Предоперационная подготовка пациенток к оперативной лапароскопии не отличается от аналогичной при лапаротомных вмешательствах.

Лапароскопические операции выполняют под общим комбинированным обезболиванием с применением миорелаксантов в условиях карбоксиперитонеума 11-12 мм рт.ст. Схема расположения операционной бригады и оборудования представлена на рисунке 1 (а, б).

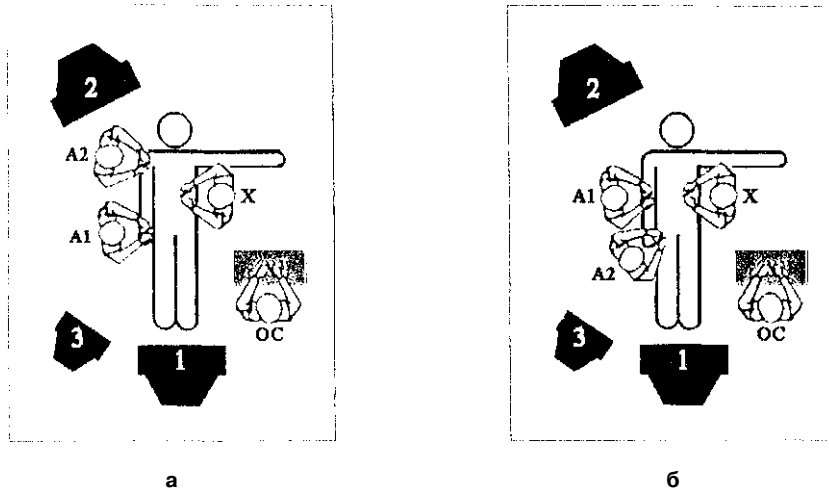


Рис. 1. Схема расположения операционной бригады и оборудования, а - при манипуляциях в малом тазу; б - при манипуляциях в верхнем этаже брюшной полости (X - хирург; А1 - первый ассистент; А2 - ассистент с видеожампой; ОС - операционная сестра; 1 - основная лапароскопическая стойка; 2 - 'Пополните, чья' стойка со вторым монитором и ультразвуковым сканером; 3 - 'Пополните, чья' стойка со вторым монитором и ультразвуковым сканером).

Оперативный доступ осуществляют с использованием четырех троакаров.

При отсутствии эхографических данных о наличии висцероартериальных спаек (Ж) в брюшной полости наложение карбоксиперитонеума производят на нижнем краю пупочного кольца, всасывая лифтинг передней брюшной стенки с целью создания свободного пространства в проекции введения иглы Вереща. При введении первого троакара используют травматичный стилет.

При наличии висцероартериальных спаек в параумбиликальной области наложение пневмоперитонеума и установку первого троакара производят в одном из свободных от спаечного процесса участков передней брюшной стенки. Выполняют адгезолизис, после чего троакар с лапароскопом перемещают в околопупочную зону

В отличие от стандартного доступа при лапароскопических операциях в гинекологии бокчлиле троакары (010 мм) вводят в подвздошные, а в латеральные области живота, что продиктовано необходимостью выполнения хирургических манипуляций в верхнем этаже брюшной полости. Место установки центрального дополнительного лапаропорта (05 мм) соответствует середине расстояния между лобковым симфизом и пупком (рис. 2).

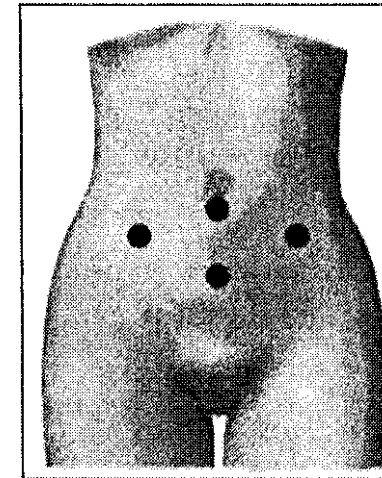


Рис. 2. Оперативный доступ

При наличии спаечных сращений в брюшной полости, затрудняющих адекватную ревизию, выполняют адгезолизис, используя биполярные электрохирургические инструменты. Массивные спаечные сращения в малом тазу и брюшной полости, обуславливающие невозможность проведения полноценной, с онкологических позиций, ревизии и высокий риск интраоперационных осложнений при разделении спаек, являются показанием к конверсии в лапаротомию.

Ревизию брюшной полости, целью которой является выявление патологических изменений, характерных для опухолевого процесса, начинают с осмотра органов малого таза. Больную переводят в положение Тренделенбурга с углом наклона 15-20°, после чего тщательно осматривают поверхность яичников, маточные трубы, матку, париетальную брюшину и дугласово пространство.

Дальнейшую ревизию проводят в горизонтальном положении больной. Начиная с нижнего правого квадранта живота, последователь-

но осматривают правый латеральный канал, поверхность печени и желчный пузырь, правый и левый куполы диафрагмы, поперечную ободочную кишку с большим сальником, видимые поверхности желудка и селезенки, левый латеральный канал и сигмовидную кишку. Тонкую кишку и ее брыжейку ревизуют с помощью атравматичных зажимов на протяжении от илеоцекальной области до двенадцатиперстной кишки. В ходе ревизии регистрируют макроскопические изменения, подозрительные на наличие опухолей.

Выявление диссеминированного опухолевого процесса в брюшной полости с формированием множественных метастатических очагов по париетальной и висцеральной брюшине является показанием к выполнению циторедуктивной операции из лапаротомного доступа.

При наличии свободной жидкости в брюшной полости производят ее аспирацию с помощью лапароскопической аспирационной иглы в стеклянную емкость для проведения срочного цитологического исследования.

Выполняют мультифокальную биопсию брюшины с обязательным взятием материала из зон, подозрительных на опухолевое поражение. При отсутствии последних производят множественную биопсию визуально неизменной брюшины малого таза, латеральных каналов, диафрагмы, передней брюшной стенки (всего 6-10 биоптатов). Биоптаты висцеральной брюшины получают с помощью биоисийных щипцов, биопсии париетальной брюшины выполняют путем захвата последней зубчатым зажимом, и, оттянув ее от брюшной стенки, иссекают участок не менее 2 см в диаметре (для адекватной морфологической оценки) с последующей коагуляцией образовавшегося дефекта.

В случаях отсутствия свободной жидкости и изменений брюшинного покрова осуществляют ирригацию нижней поверхности диафрагмы, латеральных каналов и брюшины малого таза гепаринизированным (1 Ед/мл) изотоническим раствором натрия хлорида с помощью аквапуратора. Затем больную переводят в положение Фоулера (15-20°) для более полной аспирации полученных смывов.

Полученный материал (жидкость из брюшной полости, смывы, биоптаты брюшины) отправляют в патоморфологическую лабораторию для проведения срочного цитологического или гистологического исследования.

Лапароскопическое ультразвуковое исследование подвздошных и парааортальных областей проводят с целью выявления возможного опухолевого поражения забрюшинных лимфатических узлов. Для ин-

терпретации эхографических данных в операционную приглашают специалиста по ультразвуковой диагностике.

Через левый боковой троакар в брюшную полость вводят лапароскопический ультразвуковой датчик, который устанавливают непосредственно над правыми подвздошными сосудами, после чего выполняют исследование лимфатических узлов и клетчатки перемещая датчик по ходу сосудистого пучка до бифуркации аорты. Аналогичным образом визуализируют подвздошные лимфатические узлы и клетчатку с противоположной стороны. Затем, продвигая датчик от бифуркации аорты в краниальном направлении, проводят эхографическую оценку состояния парааортальных лимфатических узлов. При подозрении на наличие метастатического поражения лимфатических узлов выполняют тотальную биопсию одного или нескольких из них с последующим срочным морфологическим исследованием.

Окончательный объем операции (органосохраняющая или стандартного объема) определяют на основании общих принципов хирургического лечения злокачественных новообразований яичников, с учетом интраоперационных находок, результатов срочных морфологических исследований, гистологической структуры первичной опухоли, степени ее дифференцировки, возраста женщины и характера первичного (нерадикального) оперативного вмешательства.

Резекцию яичников выполняют с использованием биполярных ножниц с целью минимального термического повреждения биоптата и сохраняемой яичниковой ткани. Выбор зоны резекции проводится на основании тщательной визуальной оценки яичника; при этом патологические измененные и подозрительные на опухолевое поражение участки обязательно включаются в объем резекции. Солидные или кистозно-измененные участки иссекают тотально в пределах здоровых тканей, фрагментация объемных образований или вскрытие капсулы кистом крайне нежелательны в связи с высоким риском диссеминации опухоли.

При удалении придатков матки воронкотазовую связку пересекают на расстоянии не менее 1 см от края яичника. Это обусловлено тем, что при пересечении воронкотазовой связки непосредственно у брыжечного края яичника в культе последней могут быть оставлены участки овариальной ткани, что с онкологических позиций недопустимо.

Экстирпацию матки выполняют по стандартной методике, применяемой в гинекологической эндхирургии.

Резекция большого сальника является наиболее сложным этапом операции, выполняется всем больным, что обусловлено характером ме-

тастазирования злокачественных опухолей яичников. Выполнение омент'п-ж'гомн возможно е. использованием стандартных бп- и монополярных хирургических инструментов, а также с помощью ультразвукового скальпеля.

Методики резекции большого сальника с использованием электрокоагуляции и с применением ультразвукового скальпеля в целом аналогичны друг другу, основные отличия заключаются в следующем: для предотвращения термического повреждения стенки поперечной ободочной кишки резекцию сальника в случаях электрокоагуляции осуществляют отступя не менее 1 см от последней, при применении ультразвукового скальпеля это расстояние не превышает 5 мм; использование электрохирургической техники требует обязательной прецизионной коагуляции сосудов биполярным зажимом, ультразвуковой скальпель позволяет выполнять рассечение ткани сальника с одновременным гемостазом.

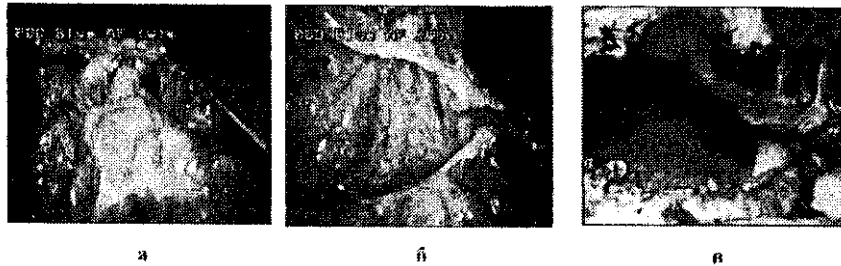


Рис. 3. Этапы резекции большого сальника,

а - натяжение фартука большого сальника с использованием двух зажимов; *б* - резекция большого сальника вдоль сальниковой ленты поперечной ободочной кишки; *в* - большой сальник отсечен.

Оментэктомия (рис. 3а, б, в) проводят в положении Фоулера. Фартук большого сальника перемещают в верхний этаж брюшной полости и визуализируют линию его прикрепления к стенке поперечной ободочной кишки. Сальник фиксируют в средней части двумя атравматичными зажимами, с помощью которых обеспечивают его натяжение по направлению к передней брюшной стенке, одновременно создавая контртракцию в стороны. Рабочим инструментом формируют «окно» в фартуке большого сальника и, захватывая браншами всю толщину ткани, выполняют его поэтапное отсечение вдоль сальниковой ленты в направлении селезеночного изгиба толстой кишки на расстоянии до 1 см от стенки последней. После достижения левого края сальника резекп-

руют оставшуюся часть в направлении печеночного изгиба. Проводят тщательную ревизию стенки поперечной ободочной кишки в зоне резекции, при необходимости осуществляют дополнительный гемостаз.

Оментэктомия в зоне селезеночного изгиба толстой кишки при полостных операциях связана с техническими трудностям из-за определенных топографических особенностей и обильного кровоснабжения левого верхнего квадранта большого сальника. Применение лапароскопической техники обеспечивает удобный доступ к этой области и, тем самым, позволяет произвести полное удаление ткани большого сальника в зоне селезеночного изгиба.

С целью соблюдения принципов абластики все удаленные органы и ткани перед эвакуацией из брюшной полости погружаются в герметичные контейнеры и извлекаются через боковые лапаропорты после II предварительного расширения.

На завершающем этапе операции проводят санацию брюшной полости и дренирование малого таза однопросветным силиконовым дренажем, вводимым через боковой троакар.

Послеоперационное ведение больных не отличается от такового при стандартных лапароскопических операциях в гинекологии.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И СПОСОБЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Наиболее грозными осложнениями лапароскопических операций, выполненных после перадикальных хирургических вмешательств по поводу злокачественных опухолей яичников, являются перфорация стенки поперечной ободочной кишки и интра - или послеоперационное кровотечение.

Повреждение стенки поперечной ободочной кишки, как правило, происходит при выполнении оментэктомии в результате неадекватной экспозиции и несоблюдения безопасного расстояния от линии резекции большого сальника до слепки поперечной ободочной кишки, которое при использовании электрохирургического инструментария должно составлять не менее 1 см, при использовании ультразвуковых ножниц - не менее 5 мм.

В случае возникновения данного осложнения и своевременного интраоперационного обнаружения участка перфорации при соответствующей квалификации хирурга-эндоскописта можно осуществить ушивание дефекта стенки кишки без конверсии. В остальных случаях повреждение кишки устраняется путем выполнения лапаротомии.

Массивное интраоперационное кровотечение, а также послеоперационные кровотечения возникают, как правило, из сосудов левого верхнего квадранта большого сальника, где наиболее развита сосудистая сеть, и являются следствием недостаточного коагуляционного гемостаза. При неэффективности попыток лапароскопической остановки кровотечения следует немедленно выполнить лапаротомию и осуществить гемостатические мероприятия в полном объеме.

При развитии кровотечения в послеоперационном периоде лечебная тактика не отличается от общепринятых хирургических подходов и зависит от объема кровопотери и эффективности гемостатической терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

За период с 2001 по 2007 г. в отделении онкогинекологии МНИОИ им. П.А. Герцена выполнено 74 повторных лапароскопических операции у больных со злокачественными опухолями яичников, перенесших радикальное хирургическое вмешательство. Средний возраст пациенток составил $32,1 \pm 3,53$ года, при колебаниях от 16 до 65 лет, с преобладанием группы больных женщин репродуктивного возраста ($n=57 - 77\%$).

Все пациентки были первично оперированы в гинекологических стационарах общего профиля по поводу предполагаемых доброкачественных образований яичников. У 45 (60,8%) больных первичные операции выполнены лапароскопическим доступом, у 29 (39,2%) - лапаротомным. По результатам первичных операций всем пациенткам был установлен диагноз злокачественной опухоли яичников I стадии, при этом объем оперативного вмешательства в большинстве случаев ограничивался односторонней аднексэктомией или резекцией яичников, т.е. хирургические вмешательства были нерадикальными. Все больные были направлены для дальнейшего лечения в МНИОИ им. П.А. Герцена. На основании данных, имевшихся на момент обращения больных, оценить истинную распространенность опухолевого процесса и составить адекватный план лечебных мероприятий не представлялось возможным. Это привело к необходимости повторных операций, которые выполнялись лапароскопическим способом с целью правильного стадирования и обеспечения радикальности хирургического лечения.

Органосохраняющие операции предприняты у 46 (62,2%) из 74 пациенток, операции в рамках стандартного объема - у 28 (37,8%).

Средняя продолжительность лапароскопических операций составила $122,1 \pm 17,5$ мин при колебаниях от 60 до 290 мин. Длительность

оперативного вмешательства зависела прежде всего от объема хирургических манипуляций, выраженности спаечного процесса и конституции пациентки.

Наиболее технически сложным этапом лапароскопической операции являлась оментэктомия. В 19 (25,6%) случаях оментэктомия выполнена с использованием электрокоагуляции, в 55 (74,4%) - с помощью ультразвукового скальпеля.

Среднее время, затраченное на резекцию большого сальника, в случаях применения электрокоагуляции почти в 2 раза превысило аналогичный показатель при выполнении оментэктомии ультразвуковым скальпелем ($97,8 \pm 14,6$ мин против $51,8 \pm 7,19$ мин). По сравнению с электрокоагуляцией ультразвуковой скальпель обладает преимуществами, позволяющими значительно сократить время оперативного вмешательства и снизить риск интраоперационных осложнений:

- возможность одновременного рассечения тканей и эффективной коагуляцией сосудов до 3 мм в диаметре;
- отсутствие задымления и необходимости частой смены инструментов;
- минимальное повреждение окружающих структур.

К преимуществам электрохирургической техники следует отнести ее доступность и сравнительно невысокую стоимость инструментов.

У 65 (87,8%) из 74 больных все этапы операции выполнены лапароскопическим способом, у 9 (12,2%) пациенток в процессе лапароскопии осуществлена конверсия. Причинами перехода к лапаротомии явились: наличие диссеминации у 6 больных, выраженный спаечный процесс в брюшной полости у 1 больной и интраоперационные осложнения у 1 пациентки. В 3 случаях произведена срединно-нижнесрединная лапаротомия, у остальных 6 пациенток после лапароскопической субтотальной резекции большого сальника осуществлен переход к лапаротомии по Пфанненштилю. Последняя группа пациенток представляет особый интерес, поскольку данная тактика не вписывается в рамки принятых стандартов лечения больных со злокачественными опухолями яичников. Однако предложенный нами комбинированный доступ в данных ситуациях позволил провести полноценную ревизию органов брюшной полости, адекватное стадирование опухолевого процесса, выполнить необходимый объем оперативного вмешательства без ущерба онкологической радикальности и снизить травматичность операции.

Интраоперационные осложнения зафиксированы у 2 (2,7%) из 74 больных. В обоих случаях при резекции большого сальника с использо-

ванием электрокоагуляции произошло повреждение ветвей левой желудочно-сальниковой артерии с последующим интенсивным кровотечением. Неэффективность лапароскопического гемостаза обусловила необходимость конверсии.

Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 3 (4%) пациенток: длительный парез желудка, гематома в брюшной полости поперечной ободочной кишки, внутрибрюшное кровотечение объемом 200-250 мл из троакарной раны. Ни в одном наблюдении не потребовалось хирургической коррекции послеоперационных осложнений.

Средний послеоперационный койко-день при лапароскопическом способе составил $4,6 \pm 0,4$ при колебаниях от 3 до 11 дней. Большинство пациенток (86%), оперированных лапароскопическим доступом, смогли вернуться к нормальному образу жизни в сроки от 10 до 15 дней после операции. В 14% случаев продолжительность реабилитационного периода составила 3 нед.

При повторных хирургических вмешательствах, предпринятых путем срединно-нижнесрединной лапаротомии, длительность нахождения больных в стационаре после операции составляет не менее 8-9 дней, а продолжительность реабилитационного периода - не менее 1,5-2 мес. Таким образом, лапароскопический доступ сокращает сроки реабилитации больных.

При морфологических исследованиях, проведенных во время или после повторных лапароскопических операций, у 23 (31%) из 74 больных в удаленном материале обнаружена злокачественная опухоль, у 19 из них стадия опухолевого процесса, установленная при нерадикальной операции была изменена: у 12 (63,2%) пациенток выявлены распространенные формы опухолевого процесса (ИВ-ШВ), в 7 (36,8%) случаях рестадирование осуществлено в пределах начальных стадий (IV-PA). Полученные результаты имели принципиальное значение для выбора дальнейшей лечебной тактики и обусловили необходимость проведения адъювантной химиотерапии.

Медиана наблюдения составила 30,1 мес, прослежено 100% больных, все пациентки живы.

Специфических онкологических осложнений оперативной лапароскопии, таких, как «port-site» метастазы и диссеминация опухолевого процесса, не отмечено ни в одном случае.

Рецидивы заболевания в виде метастатического поражения парааортальных лимфатических узлов зафиксированы у 2 (2,7%) больных с дисгерминомой яичников IA стадии и высокодифференцированной адено-

карциномой IC стадии спустя 6 и 7 мес после повторного хирургического вмешательства, что потребовало выполнения операции в объеме иараортальной лимфаденэктомии с последующей полихимиотерапией.

В группе больных, которым проведены органосохраняющие операции, менструальный цикл сохранен у всех женщин. У 8 (17,4%) из 46 больных наступили беременности в сроки от 1,5 до 2,5 лет. У 5 пациенток беременности закончились срочными родами, в 1 случае произошел самопроизвольный выкидыш, у 2 из 8 больных беременность в настоящий момент продолжается. Сроки наблюдения после родов составили от 6 мес до 2 лет, рецидивы заболевания не отмечены ни у одной больной.

Таким образом, оперативная лапароскопия может безопасно и эффективно использоваться с целью рестадирования злокачественных опухолей яичников. Однако необходимо помнить, что «минимально» инвазивная эндоскопическая операция при неправильной оценке ситуации или в неопытных руках может стать «максимально» инвазивной и привести к трагическим последствиям. Учитывая высокую ответственность за жизнь и здоровье пациенток, подобные операции должны выполняться только в специализированных онкологических учреждениях и обеспечиваться строгим динамическим наблюдением. Ни одно из преимуществ лапароскопической хирургии не может быть реализовано в ущерб онкологической радикальности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Лдамян Л.В., Козаченко А.В.* Роль лапароскопии в ведении больных с пограничными опухолями яичников. //Лапароскопия и гистероскопия в акушерстве и гинекологии. /Под ред. Кулакова В.И., Адамян Л.В. - М., Пантори, 2002. - С. 442-443.
2. *Бохман Я.В.* Руководство по онкогинекологии. - СПб., 2002. - 542 с.
3. *Воробьев А.И., Бебуришвили А.Г.* Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек. - Волгоград, 2001. - 240 с.
4. *Новикова Е.Г., Чиссов В.М., Чулкова О.В. и др.* Органосохраняющее лечение в онкогинекологии. - М., 2000. - 108 с.
5. *Синюкова Г.Т., Комаров И.Г., Игнатова Е.И., Комов Д.В.* Видеолапароскопия с применением интраоперационного ультразвукового исследования в абдоминальной онкологии. - М., «Триада Х», 2003 г. - 88 с.
6. *Шевчук А.С.* «Повторные лапароскопические операции у больных злокачественными опухолями яичников». Автореферат дисс... канд. мед. наук. Москва, 2005.

7. *Camatte S., Morice P., Thoury A. et al.* Impact of surgical staging in patients with macroscopic «stage I» ovarian borderline tumours: analysis of a continuous series of 101 cases. // *Eur. J. Cancer.* - 2004. - Vol. 40(12). - P. 1842-1849.
8. *Canis A/., Rabischong B., Botchorishvili R. et al.* Risk of spread of ovarian cancer after laparoscopic surgery. // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* - 2001. - Vol. 13(1) - P. 9-14.
9. *Leblanc E., Querleu D., Narducci F. et al* Laparoscopic restaging of early stage invasive adnexal tumors: a 10-year experience. // *Gynecol. Oncol.* - 2004. - Vol.94(3). - P.624-629.
10. *Querleu D., Papageorgiou T., Lambaudie E. et al.* Laparoscopic restaging of borderline ovarian tumours: results of 30 cases initially presumed as stage IA borderline ovarian tumours. // *BJOG.* - 2003. - Vol.110(2). - P. 201-204.
11. *Steinert R., Lippert #., Reymond MA.* Tumor cell dissemination during laparoscopy: prevention and therapeutic opportunities. // *Dig. Surg.* - 2002. - Vol.19(6). - P.464-472.