

С.В. Байдо, А.Б. Вінницька, Д.А. Голуб, А.В. Гоман

ПЕРЕВАГИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ХІРУРГІЇ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

«LISOD - Лікарня ізраїльської онкології», Київ, Україна

МЕТА

Показати особливості та переваги лапароскопічних технологій при радикальних операціях з приводу рака шийки матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За період з лютого 2010 по вересень 2017 року в клініці виконано 116 лапароскопічних радикальних гістеректомій (ЛРГ) з приводу пухлин шийки матки. У сучасній онкогінекології «золотим стандартом» при початкових формах раку шийки матки є операція Вертгейма, що включає екстирпацію матки з верхньою третиною піхви, параметрієм та тазову лімфаденектомію. Розподіл пацієнток за стадією захворювання за класифікацією FIGO був наступним: IA стадія – 5 пацієнток (4,3%), IB – 94 (81,1%), II – 15 (12,9%), IIIA – 2 (1,7%). У 40 пацієнток молодого віку (21–42 років), у яких діагностовано рак шийки матки стадії T1 при відсутності патології яєчників, виконали збереження і транспозицію яєчників в бічні відділи живота, щоб уникнути їх опромінення при подальшій променевої терапії. Парааортальна лімфодисекція до рівня ниркових судин виконана у 24 (20%). У 9-и пацієнток виконані симультанні операції (холецистектомія, герніопластика). Операції виконувалися за допомогою стандартного лапароскопічного обладнання та інструментів. Лімфодисекцію здійснювали за допомогою ультразвукових ножиць і біполяр. З 2011 року ми використовуємо розроблений в клініці матковий маніпулятор з обтискним вагінальним фіксатором, який дозволяє ізолювати уражену шийку під час операції і при видаленні препарату.

РЕЗУЛЬТАТИ

Середній вік пацієнток склав 46,7 років (26–74). Середня тривалість операції дорівнювала 139,4 (83–415) хв. Спостерігається тенденція до зменшення часу операції з накопиченням досвіду, так середній час перших десяти операцій – 234 хв, останніх десяти – 128 хв. Крововтрата під час операції склала 54 (30–

150) мл. Середня кількість видалених лімфовузлів – 19,3 (від 6 до 40). Гістологічний тип пухлини: плоскоклітинна карцинома у 97 (83,5%) випадках, аденокарцинома – 19 (16,5%). Післяопераційний ліжко- – 4,6 (2–12) днів. Периопераційні ускладнення зареєстровані у 25 пацієнток (21,5%), з них: інтраопераційні – 5 (4,3%), післяопераційні – 20 (17,2%). Серед інтраопераційних ускладнень були: поранення а. epigastrica – 1, поранення прямої кишки – 1, поранення сечового міхура – 3, що були ушиті інтракорпорально, без видалених наслідків. Розподіл післяопераційних ускладнень по тяжкості (Clavien-Dindo, 2004): I-IIIa ст – 17 (14,4%), IIIb-IVст – 3 (2,6%). Ускладнення з боку сечових шляхів – 5 (4,5%), з них: некроз дистальної третини сечоводу – 1 (виконана лапароскопічна уретеронеоцистостомія з задовільним безпосереднім і віддаленим результатом); стриктура сечоводу – 1, везіковагінальна нориця – 3. З видалених ускладнень слід відзначити два розриви кукси піхви з випадінням петлі кишки через 1,5 і 5 місяців після операції – виконано лапароскопічне ушивання кукси.

ВИСНОВКИ

Таким чином, лапароскопічні технології при радикальній гістеректомії мають переваги у кращій візуалізації об'єкта операції в обмеженому просторі малого таза, прецизійності втручання, що зменшує об'єм крововтрати та операційну травму. В результаті зменшується потреба у знеболенні, досягається більш раннє відновлення, і як наслідок, зменшення тривалості перебування в стаціонарі. Достатня кількість видалених лімфовузлів свідчить про якість лімфаденектомії та забезпечує точне стадіювання захворювання з призначенням відповідної адьювантної терапії. Високий рівень ускладнень з боку сечовивідної системи корелює зі стадією захворювання і необхідністю радикальної дисекції параметрія. Отже, застосування лапароскопічного доступу при виконанні даної операції дозволяє без шкоди принципам онкологічного радикалізму поліпшити найближчі післяопераційні результати.