

К.В. Харченко, О.М. Ключов

ЛАПАРОСКОПІЯ В ЛІКУВАННІ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ: ДОСВІД КИЇВСЬКОГО МІСЬКОГО КЛІНІЧНОГО ОНКОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ

м. Київ, Київський міський клінічний онкологічний центр

АКТУАЛЬНІСТЬ

Основним методом лікування онкогінекологічної патології є хірургічний. Зважаючи на поширеність злоякісних новоутворень жіночих внутрішніх статевих органів актуальним залишається удосконалення існуючих та пошук нових методів оперативного лікування. Чим далі, тим більшого поширення набувають ендоскопічні методики. Дана тенденція завдячує не лише технічному прогресу, а й накопиченому досвіду, який, згідно з даними світової літератури, підтверджує безпечність та ефективність малоінвазивних втручань.

Мета: проаналізувати технічні особливості та результати лапароскопічних хірургічних втручань у онкогінекологічних хворих.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Виконано ретроспективний аналіз медичної документації пацієток, хворих на рак шийки матки, рак тіла матки, рак яєчника, які були проліковані в Київському міському клінічному онкологічному центрі протягом грудня 2016 р. – вересня 2017 р. Всім пацієткам було виконано циторедуктивні оперативні втручання лапароскопічно. Проаналізовано інтра- та післяопераційні дані з використанням описової статистики.

РЕЗУЛЬТАТИ

Критеріям пошуку відповідали 129 пацієток. Розподіл по первинним локалізаціям: рак шийки матки (n = 16; 12%), рак тіла матки (n = 88; 68%), рак яєчника (n = 25; 20%). Оперативні втручання включало двосторонню тазову лімфаденектомію у 57 хворих (44%), оментектомію – у 25 хворих (19%). У 5 випадках (31%) при раку шийки матки (Ia стадія) лімфаденектомія не виконувалась, при Ib-III стадії (n = 11; 69%) втручання на тазових лімфатичних вузлах виконувалось всім хворим. При раку тіла матки Ia стадії (n = 19; 22%) лімфа-

денектомія не виконувалась в жодному випадку, при Ib стадії (n = 52; 59%) – виконувалась у 29 пацієток (33%), при Ic (n = 13; 15%) та III (n = 4; 4%) стадіях захворювання видалення тазових лімфатичних вузлів проводилось усім пацієткам. Всім хворим на рак яєчника пангістеректомія доповнювалась оментектомією, лімфаденектомія не виконувалась. Розподіл хворих на рак яєчника по стадіям був наступним: Ia – 13 (52%), Ib – 2 (8%), Ic – 8 (32%), III – 2 (8%). Обсяг оперативних втручань у всіх випадках відповідав R0-циторедукції. У двох хворих (1,6%) були діагностовані післяопераційні ускладнення (уретро-вагінальна нориця та перфорація сечового міхура діагностовані на 12-ту та 2-гу післяопераційну добу відповідно), які потребували реконструктивно-відновних оперативних втручань. За даними динамічного спостереження після оперативних втручань з виконанням лімфаденектомії жодного випадку утворення лімфокіст не діагностовано. Післяопераційна летальність склала 0%.

ВИСНОВКИ

Зміна парадигми хірургічного лікування онкогінекологічних хворих завдячує розвитку ендоскопічних втручань, удосконаленню лапароскопічного інструментарію та хірургічних навичок. Наведений досвід лапароскопічних втручань підтверджує їх безпечність та ефективність.

Результати численних досліджень доводять, що лапароскопічні втручання, порівняно з лапаротомним хірургічним доступом, супроводжуються меншою частотою ускладнень, дозволяють виконувати адекватні обсяги хірургічних втручань і забезпечувати оптимальний онкологічний результат. З огляду на значне скорочення терміну реабілітації хворих, кращу якість життя та значно коротші терміни повернення до звичної життєдіяльності, розвиток та впровадження малоінвазивних втручань у онкогінекологічних хворих може являти собою потенційний стандарт хірургічного лікування.