

Возможности лапароскопического доступа в лечении больных злокачественными опухолями яичников

А.С. Хаджимба

ГБУЗ «Санкт-Петербургский научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)»; Россия, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 68А

Контакты: Анжелла Славиковна Хаджимба Khadzhimba@gmail.com

Проанализированы результаты лечения 134 больных раком яичников I стадии, из них 48 пациенткам выполнены операции лапароскопическим доступом. С технической точки зрения, касающейся длительности операции, объема кровопотери, отсутствия как интра-, так и послеоперационных осложнений, коротких сроков реабилитации больных, лапароскопический доступ можно признать наиболее предпочтительным. Однако при сопоставлении сроков безрецидивной выживаемости отмечена тенденция к их уменьшению после лапароскопических операций по сравнению с открытыми вмешательствами, что заставляет с осторожностью относиться к широкому использованию данной методики даже при начальной стадии рака яичников.

Ключевые слова: рак яичников, лапароскопический доступ, осложнения, сроки реабилитации, безрецидивная выживаемость

DOI: 10.17650/1994-4098-2016-12-2-84-88

Possibilities of laparoscopic approach in the treatment of patients with ovarian malignancies

A.S. Khadjimba

St. Petersburg Scientific and Practical Center for specialized types of (oncological) medical care; 68A Leningradskaya St., Pesochnyi village, Petersburg, 197758, Russia

Results of treatment of 134 patients with stage I ovarian cancer were analyzed, 48 of these patients underwent laparoscopic surgery. From a technical point of view, concerning duration of the surgery, blood loss, lack of both intra- and postoperative complications, shorter periods of patient rehabilitation, laparoscopic approach can be regarded as the most preferred.

However, when comparing the timing of relapse-free survival there was a trend towards its reduction after laparoscopic surgery compared with an open surgery, causing a widespread use of this technique even in the initial stages of ovarian cancer.

Key words: ovarian cancer, laparoscopic approach, complications, rehabilitation period, relapse-free survival

Споры по поводу возможности использования лапароскопического доступа в хирургическом лечении больных раком яичников (РЯ) продолжают по сей день. Одно из первых сообщений относится к 1979 г. и принадлежит Р. Spinelli и соавт., применившим лапароскопию в целях установления степени распространения и рестадирования у 95 пациенток с опухолями яичников [1]. Большинство онкологов критически относятся к применению лапароскопии в лечении РЯ, в первую очередь из-за невозможности соблюдения правил абластики, что приводит к быстрому прогрессированию [2–4]. Большое количество рецидивов, port-site-метастазов, развивающихся даже при начальном РЯ, заставляет с настороженностью относиться к подобным операциям [5].

Нами проанализирован опыт лечения 134 больных с пограничными опухолями и начальным РЯ, из них 48 пациенткам операции были выполнены лапароско-

пическим доступом. Оговоримся, что под термином «начальный рак» рассматривались случаи I стадии РЯ, при которых возможно выполнение органосохраняющих операций. Принятое в современных онкологических статистических сборниках объединение в одну группу «начального» РЯ больных с I и II стадиями автору представляется нецелесообразным, поскольку и подходы к выбору лечебной тактики, и отдаленные результаты лечения в данных клинических ситуациях значительно разнятся.

Все 134 пациентки подверглись хирургическому вмешательству в различных объемах. Рандомизации больных по выбору лапаротомного либо лапароскопического доступа не проводили, что, безусловно, может послужить поводом для критики. Здесь уместно говорить об основной группе, вошедшей в проспективную часть исследования, в которой выполнялись лапароскопические вмешательства, и о ретроспективной

группе контроля, в которой больные подвергались исключительно лапаротомиям. Подобное разделение объясняется тем фактом, что лапароскопический доступ в лечении онкогинекологических больных начал широко применяться в клинике только с 2012 г. Сам же объем вмешательства не зависел от хирургического доступа и определялся онкологическими принципами. Он колебался от органосохраняющих операций при IA стадии пограничных опухолей и РЯ у больных репродуктивного возраста до радикальных операций у боль-

ли и угрозой нарушения целостности ее капсулы. Семеро из этих больных ранее подвергались нерадикальному хирургическому лечению в непрофильных учреждениях. Повторные операции у этих пациенток выполнены лапароскопическим доступом. Всего после нерадикальных операций были госпитализированы 18 пациенток, что еще раз указывает на отсутствие онкологической настороженности у гинекологов общей лечебной сети.

Таблица 1. Распределение по видам оперативных вмешательств

Операция	Число пациентов		Всего
	Лапаротомия	Лапароскопия	
Органосохраняющая	37	18	55 (+15)*
Пангистерэктомия + оментэктомия	49	7	56 (+8)*
Конверсионная лапаротомия	—	23	23
<i>Всего</i>	86 (64,2 %)	48 (35,8 %)	134 (100 %)

*Конверсионные лапаротомии.

ных в постменопаузе и при более обширном распространении (табл. 1).

Органосохраняющие операции в объеме удаления придатков матки с одной стороны, резекции контра-латерального яичника, оментэктомии выполнены у 63 больных репродуктивного возраста при IA стадии высокодифференцированных опухолей яичников, в том числе у 12 пациенток с пограничными опухолями. Решению о выполнении органосохраняющей операции во всех случаях предшествовала процедура хирургического стадирования со срочным цитологическим исследованием мазков-отпечатков с различных отделов брюшной полости, у 22 больных выполняли также биопсию увеличенных парааортальных лимфатических узлов. Лапароскопический доступ применен в 18 случаях, еще у 15 больных проведена конверсия в лапаротомию в связи с большими размерами опухо-

ли и угрозой нарушения целостности ее капсулы. Семеро из этих больных ранее подвергались нерадикальному хирургическому лечению в непрофильных учреждениях. Повторные операции у этих пациенток выполнены лапароскопическим доступом. Всего после нерадикальных операций были госпитализированы 18 пациенток, что еще раз указывает на отсутствие онкологической настороженности у гинекологов общей лечебной сети.

Радикальные операции в объеме пангистерэктомии и оментэктомии ($n = 64$) выполнены при РЯ IB и IC стадий, а также при IA стадии у больных в постменопаузе. У 7 пациенток с РЯ IA стадии операции выполнены лапароскопическим доступом.

Далее мы сопоставили такие важные характеристики оперативного вмешательства, как его продолжительность, объем кровопотери, интраоперационные осложнения, особенности течения ближайшего послеоперационного периода (табл. 2).

Из табл. 2 видно, что общая длительность операций в группе лапароскопии составила 60 мин, тогда как в группе, где операции выполнялись лапаротомным доступом, — 90 мин. При анализе указанных показателей необходимо учитывать, во-первых, время ожидания результатов срочного гистологического и цитологического исследований, а во-вторых, тот факт, что из лапаротомного доступа в 7 раз чаще выполняли операции в радикальном объеме. В целом можно говорить о сопоставимой продолжительности выполненных операций.

Объем интраоперационной кровопотери оказался достоверно ниже при применении лапароскопического доступа, который требует более тщательного и скрупулезного оперирования в условиях надежного гемостаза. Интраоперационная кровопотеря менее 50 мл отмечалась у 90 % больных в группе лапароскопии, только у 1 пациентки при конверсионной лапаротомии она составила 125 мл.

Интраоперационное осложнение (кровотечение из нисходящих ветвей маточной артерии) возникло в 1 случае при выполнении операции открытым доступом.

Оценка выраженности болевого синдрома проводилась по шкале Всемирной организации здравоохра-

Таблица 2. Число женщин с установленным диагнозом аденокарциномы за изучаемый период

Операция	Длительность операции, мин	Объем кровопотери, мл	Интраоперационные осложнения, n	Выраженность болевого синдрома	Число койко-дней до выписки
Лапароскопия ($n = 25$)	60 ± 0,95 (60–125)	90 ± 0,34 (10–120)	0	0–1	5 (3–7)
Лапаротомия ($n = 86$)	90 ± 0,45 (55–110)	250 ± 0,65 (100–350)	1*	5–8	9 (8–14)

*Кровотечение из нисходящих ветвей правой маточной артерии.



Шкала оценки интенсивности боли (ВОЗ, 2007)

нения (см. рисунок). После лапароскопических операций больные практически не предъявляли жалоб на болевые ощущения, что способствовало ранней активизации, отказу от введения обезболивающих препаратов, быстрому восстановлению работы кишечника.

О более предпочтительном для больных лапароскопическом доступе с точки зрения «переносимости» хирургического вмешательства говорит и достоверное (в 2 раза) сокращение сроков госпитализации.

В отношении риска послеоперационных осложнений лапароскопический доступ также оказался практически безопасным (табл. 3).

Таблица 3. Послеоперационные осложнения у больных раком яичников

Послеоперационное осложнение	Лапароскопия (n = 25)	Лапаротомия (n = 86)
Серома послеоперационной раны	0	3
Парез кишечника	0	3
Пневмония	0	1
Всего	0	7

Таблица 4. Безрецидивная выживаемость больных раком яичников I стадии в зависимости от гистологического типа опухоли и методов лечения

Лечение	Число больных	3-летняя безрецидивная выживаемость, %			
		Серозный рак	Муцинозный рак	Эндометриоидный рак	Мезонефроидный рак
Органосохраняющее хирургическое	47	100,0	72,7	100,0	—
Органосохраняющее комбинированное	23	75,0	100,0	100,0	—
Радикальное хирургическое	28	100,0	100,0	50,0	—
Радикальное комбинированное	36	73,0	68,0	43,8	—
Всего	134	82,0	91,7	94,7	—

Осложнения после лапаротомий встретились менее чем в 1 % случаев, не были тяжелыми и за редким исключением не привели к удлинению сроков госпитализации. И все же полное отсутствие как интра-, так и послеоперационных осложнений после лапароскопических операций позволяет признать этот доступ наиболее безопасным.

Основным критерием оценки эффективности проведенного лечения в онкологии являются показатели общей и безрецидивной выживаемости (БРВ) больных. Как известно, рецидивы РЯ чаще всего возникают в течение первого года наблюдения после законченного первичного лечения. Наблюдаемые 134 пациентки с РЯ прослежены в сроки от 3 до 10 лет и более.

Прежде всего мы сопоставили отдаленные результаты с применявшимися программами комплексного лечения. Влияние степени дифференцировки опухоли и ее гистологического типа на показатели выживаемости в зависимости от применявшихся методов лечения представлено в следующих таблицах (табл. 4, 5).

Из-за небольшого числа пациентов в каждой из перечисленных групп говорить о высокой информативности приведенных данных не представляется возможным. Несколько худшие результаты лечения больных, подвергшихся радикальным операциям и адъювантной химиотерапии, могут быть объяснены концентрацией у этих больных неблагоприятных прогностических признаков и более распространенных опухолевых процессов. В целом лучшие показатели БРВ продемонстрировали больные с высокодифференцированными эндометриоидными опухолями. Мы не выявили преимущества радикального комбинированного метода лечения перед органосохраняющим при поражении одного яичника. Целесообразность выполнения радикальных операций и проведения адъювантной химиотерапии при IV и IC стадиях не вызывает сомнений.

В заключение мы попытались выяснить, играет ли вид хирургического доступа роль самостоятельного прогностического признака (табл. 6).

Таблица 5. Безрецидивная выживаемость больных раком яичников I стадии в зависимости от степени дифференцировки опухоли и методов лечения

Лечение	Число больных	3-летняя безрецидивная выживаемость, %		
		G ₁	G ₂	G ₃
Органосохраняющее хирургическое	47	77,8	100,0	100,0
Органосохраняющее комбинированное	23	92,3	100,0	50,0
Радикальное хирургическое	28	90,0	100,0	–
Радикальное комбинированное	36	75,2	60,0	43,0
<i>Всего</i>	<i>134</i>	<i>83,7</i>	<i>72,7</i>	<i>76,7</i>

Таблица 6. Трехлетняя безрецидивная выживаемость больных раком яичников I стадии в зависимости от хирургического доступа, n (%)

Операция	Лапаротомия	Лапароскопия	Всего
Органосохраняющая операция	31/37 (83,8)	14/18 (77,8)	45/55 (81,8)
Пангистерэктомия + оментэктомия	43/49 (87,6)	6/7 (85,1)	49/56 (87,5)
Конверсионная лапаротомия	–	13/23 (56,5)	13/23 (56,5)
<i>Всего</i>	<i>74/86 (86,0)</i>	<i>20/25 (80,0)</i>	<i>113/134 (84,3)</i>

БРВ для всех групп больных I стадии РЯ составила 84,3 %, что соответствует результатам ведущих мировых клиник [6–8]. Однако при сопоставлении сроков БРВ отмечена тенденция к их уменьшению после лапароскопических операций по сравнению с открытыми вмешательствами. Особенно это касается конверсионных лапаротомий, выполненных в результате недооценки степени распространения опухоли, с чем связана большая продолжительность и травматичность операций. Как правило, речь тут идет о попытках повторных лапароскопических вмешательств. Нельзя также исключить, что имплантационные микрометастазы существовали уже к моменту выполнения 2-й операции.

Имеются многочисленные публикации, объясняющие высокую частоту рецидивирования после лапароскопических операций по поводу РЯ повышенным давлением газа в брюшной полости, негерметичностью установленных троакаров, возможным негативным влиянием самого углекислого газа, трудностями соблюдения правил асептики в ходе вмешательства [9–11]. Все эти негативные моменты на-

шли подтверждение и в нашем исследовании. В первую очередь, обращает на себя внимание высокая частота имплантационных метастазов в послеоперационные рубцы.

Их частота заметно уменьшается при снижении давления газа в брюшной полости ниже 8 мм рт. ст., использовании специальных герметичных троакаров, извлечении препарата в контейнере и ушивании послеоперационных ран [12–14]. Подобная техника применяется в онкологических клиниках, но и она не позволила избежать возникновения рецидивов. У 5 (20 %) из 25 больных через 4–6 мес после лапароскопических операций развились имплантационные метастазы: в 4 случаях в области троакарной раны и в 1 – в культе влагалища. При повторной операции у 3 из них выявлен канцероматоз брюшины. Эти случаи продолжают ряд описаний подобных наблюдений развития port-site-метастазов в отечественной и зарубежной литературе и заставляют крайне осторожно относиться к лапароскопическому доступу при хирургическом лечении такой крайне агрессивной опухоли, как РЯ.

Из 18 нерадикально прооперированных больных, поступивших в клинику для повторных операций, у 5 уже определялись порт-сайт-метастазы (27,7 %!).

Органосохраняющее лечение было проведено 52 больным репродуктивного возраста. После окончания лечения забеременели 13 (25 %) пациенток, причем у 4 из них развились 2 и более беременности. У 7 пациенток беременность закончилась нормальными родами, у остальных по разным причинам беременность была прервана.

Примечательно, что в процентном соотношении большая часть беременностей (25 и 8,4 %) наступила после лапароскопических операций, что свидетельствует о меньшей травматичности и отсутствии осложнений спаечного характера в этой группе больных.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Spinelli P., Pilotti S., Luini A. et al. Laparoscopy combined with peritoneal cytology in staging and restaging ovarian carcinoma. *Tumori* 1979;65(5):601–10.
2. Chauvet M.P., Leblanc E., Querleu D. Laparoscopy and ovarian carcinoma. *Eur J Gynaecol Oncol* 2001;XXII (suppl. 2001):28.
3. Da Costa M.L., Redmond H.P., Bouchier-Hayes D.J. The effect of laparotomy and laparoscopy on the establishment of spontaneous tumour metastases. *Surgery* 1998;124:516–25.
4. Leminen A., Lehtovirta P. Spread of ovarian cancer after laparoscopic surgery: report of eight cases. *Gynecol Oncol* 1999;75:387–90.
5. Harter P., Du Bois A., Hahmann M. et al. Surgery in recurrent ovarian cancer: the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie (AGO) DESKTOP OVAR trial. *Ann Surg Oncol* 2006;13(12):1702–10.
6. Ash A.K., Badawy A., Mohammed H., Magos A.L. Laparoscopy and spread of ovarian cancer. *Lancet* 1995;346 (8976):709–10.
7. Blanc B., D'Ercole C., Nicoloso E. et al. Laparoscopic management of malignant ovarian cysts: a 78-case national survey part 2: Follow up and final treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994;61:147–50.
8. Yuen P.M., Yu K.M., Yip S.K. et al. Randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian tumours. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177(1):109–14.
9. Canis M., Botchorishvili R., Wattiez A. et al. Tumour growth and dissemination after laparotomy and CO₂ pneumoperitoneum: a rat ovarian cancer model. *Obstet Gynecol* 1998;92:104–8.
10. Hubens G., Pauwels M., Hubens A. et al. The influence of a pneumoperitoneum on peritoneal implantation of free intraperitoneal cancer cells. *Surg Endosc* 1996;10:809–12.
11. Kadar N. Port-side recurrences following laparoscopic for gynaecological malignancies. *Br-J-Obstet-Gynaecol* 1997 ; (11):1308–13.
12. Auendorf J.D.F., Bessler M., Kayton M.L. et al. Increased tumour establishment and growth after laparotomy vs laparoscopy in a murine model. *Arch Surg* 1995;130:649–53.
13. Neuhaus S.J., Watson D.I., Ellis T. et al. Efficacy of cytotoxic agents for the prevention of laparoscopic port site metastases. *Arch Surg* 1998;133:762–6.
14. Watson D.I., Mathew G., Ellis T. et al. Gasless laparoscopy may reduce the risk of port-site metastases following laparoscopic tumour surgery. *Arch Surg* 1997;132:166–8.