

УДК 618.11-006.4-089

© О. О. Єгоров, 2012.

ЛАПАРОСКОПІЧНЕ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧЕ ЛІКУВАННЯ ПОГРАНИЧНИХ ПУХЛИН І РАНЬОЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЯЄЧНИКІВ

О. О. Єгоров

Кафедра онкологічної гінекології (зав. – професор С. М. Карташов), Харківська медична академія післядипломної освіти; Дорожня клінічна лікарня станції Харків (гол. лікар – І. О. Ярошенко), м. Харків.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ОРГАН-SPARING TREATMENT FOR EARLY CANCER OF THE OVARIES

A. A. Egorov

SUMMARY

Article is devoted to modern methods of treatment and rehabilitation of tumor processes of ovaries at women of reproductive age. The effective laparoscopic organ-sparing treatment was studied in 82 patients after unilateral removal of the appendages followed by chemotherapy for malignant tumors of the ovaries. Effectivization of treatment consist in stage optimization of conservative and surgical approach for this category of patients.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ И РАННЕЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЯИЧНИКОВ

A. A. Egorov

РЕЗЮМЕ

В статье представлены современные подходы к лечению опухолей яичников у женщин репродуктивного возраста. Эффективность лапароскопического органосохраняющего лечения была изучена у 82 пациенток после одностороннего удаления придатков матки с резекцией второго яичника и большого сальника с последующей химиотерапией при злокачественных опухолях яичников. Повышение эффективности лечения предусматривает этапную оптимизацию консервативно-хирургических подходов к этой категории пациенток.

Ключові слова: злоякісні пухлини яєчників, лапароскопія, пограничні пухлини яєчників, хірургічне лікування.

Розвиток онкології, що забезпечує виявлення та лікування раних стадій раку, створює підставу для формування нового напрямлення – функціонально-щадящого лікування [1, 3, 7, 9]. Ефективні методи діагностики онкологічної патології призвели до змін контингенту первинно виявлених хворих та структури захворюваності. Так, у теперішній час І стадія злоякісних пухлин яєчників діагностується приблизно у 70% хворих, що є однією з причин більш сприятливих результатів лікування [2, 8]. Сучасний рівень знань дозволяє віднести до раних форм раку статевих органів злоякісні пухлини яєчників Іа та Іс стадій [4]. Становлення та розвиток ендоскопічної хірургії в Україні упродовж останнього десятиріччя зумовили розширення переліку та сприяли зміні структури показань до ендоскопічних операцій. Нова технологія в гінекологічній хірургії дозволила встановлювати діагнози на раних стадіях захворювання, лікувати уражені органи і системи за допомогою органозберігаючих операцій та прогнозувати раних і пізні реабілітаційні заходи, які сприяють відновленню здоров'я пацієнток [5, 6].

За останні роки широко обговорюється питання про використання лапароскопічних методів лікування початкових форм рака статевих органів, які забезпечують надійне виліковування цих хворих та збереження репродуктивної функції у молодих жінок. Однак досвіду цього лікування ще замало, і нагляд за наслідками та перебігом післяопераційного періоду у таких хворих поки що недостатній.

Метою нашої роботи є вивчення ефективності лапароскопічного лікування пограничних пухлин і ранняї онкологічної патології яєчників.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено порівняльний ретроспективний аналіз результатів лапароскопічного і традиційного хірургічного лікування у 82 пацієнток з новоутвореннями яєчників після органозберігаючого лікування. Середній вік хворих складав 26,5 років (від 18 до 35 років). До першої групи увійшли 42 пацієнтки, яким було виконано лапароскопічне органозберігаюче оперативне втручання. Другу групу склали 40 пацієнток, яким було виконано оперативне втручання традиційним лапаротомним доступом. Обидві групи

були співставлені за віком, репродуктивним статусом, поширеності пухлинного процесу, за ступенем диференціювання пухлин.

Трансабдомінальні оперативні втручання проводили за типовою методикою з виконанням нижньосереднього розтину. Лапароскопічні операції проводили за класичною методикою з накладанням пневмоперитонеуму закритим засобом і проведенням трьох проколів у типових місцях з використанням ендохірургічних наборів фірми «Karl Storz» (Німеччина).

Для проведення моніторингу основного онкологічного процесу використовували комплекс діагностичних інструментальних та лабораторних методик. Основними методами ранньої діагностики рецидиву захворювання були бімануальне обстеження пацієнок з використанням цитологічного дослідження пунктату із дуґласова простору, ультразвукове дослідження, визначення пухлинних маркерів (Ca-125; Ca-19-9, HE-4 для епітеліальних пухлин і альфа-фетопротейн (АФП), хоріонічний гонадотропін (ХГ) для герміногенних пухлин). При цьому дані обстеження проводились кожні 3 місяці протягом перших 2 років після закінчення спеціального лікування, кожні півроку – протягом третього-четвертого року після лікування, а потім щорік. Ехографію та доплерографію внутрішніх статевих органів проводили на ультразвуковому приладі HDI-3500 (США) конвексними датчиками з частотою від 3,5 до 12 МГц. Кровоток досліджували за допомогою приладу Acuson (США), який має трансвагінальний датчик з частотою 5 МГц. Визначення пухлинних маркерів виконувалось за допомогою імуноферментного тесту фірми «Hoffman La Roch».

Операції «second-look» проводились пацієнткам з підозрою на рецидив злоякісної пухлини яєчників І стадії тоді, як іншими, менш інвазивними, методами виключити прогресування процесу не представлялося можливим, а також у разі, коли оперативне втручання проведене в неспеціалізованому стаціонарі, в неадекватному об'ємі і відсутні чіткі дані ревізії органів черевної порожнини.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При пограничних пухлинах, Іа та Іс стадіях злоякісних пухлин яєчників, коли процес локалізований в одному яєчнику, виконувалось однобічне видалення придатків матки з резекцією другого яєчника та великого сальника з наступною хіміотерапією. Під час операцій виконувалось термінове гістологічне дослідження. В дослідженні критерієм ефективності було радикальність видалення пухлини та відсутність рецидиву захворювання. Пацієнткам зі злоякісними пухлинами яєчників Іс стадії після хірургічного лікування проводили 6 курсів хіміотерапії. Термін спостереження у 90,0% хворих був більше 5 років.

Адекватне стадіювання було здійснене у 100,0% пацієнок першої і другої груп.

У хворих з новоутвореннями яєчників виявлено: погранична цистаденома – 37,8% (n=31); пухлини строми статевого тяжу – 25,6% (n=21); гранулозоклітинна – 13,4% (n=11), андробластома – 12,2% (n=10); цистаденокацинома – 36,6% (n=30). Злоякісні пухлини яєчників початкових стадій розподілилися наступним чином. Злоякісні пухлини яєчників Іа стадії: ендометріодна цистаденокарцинома $T_{1a}N_0M_0G_1$ – 13,5% (n=11), $T_{1a}N_0M_0G_2$ – 4,9% (n=4); муцинозна цистаденокарцинома $T_{1a}N_0M_0G_1$ – 6,1% (n=5), $T_{1a}N_0M_0G_2$ – 2,4% (n=2). Злоякісні пухлини яєчників Іс стадії: серозна цистаденокарцинома $T_{1c}N_0M_0G_1$ – 2,4% (n=2), ендометріодна цистаденокарцинома $T_{1c}N_0M_0G_2$ – 4,9% (n=4), муцинозна цистаденокарцинома $T_{1c}N_0M_0G_1$ – 2,4% (n=2).

Тривалість органозберігаючих операцій дорівнювала $50,0 \pm 10,5$ хвилин при традиційному лапаротомному доступі і $30,0 \pm 11,2$ хвилин – при лапароскопічних втручаннях. Післяопераційний ліжко-день в першій групі дорівнював $4,7 \pm 0,5$ дня, в другій групі – $8,3 \pm 1,7$ дня. Слід зазначити, що скорочення термінів перебування в стаціонарі після лапароскопічних операцій дало можливість скоротити економічні витрати на 25% за рахунок скорочення витрат медикаментів, швидкої реабілітації хворих. В післяопераційному періоді симптоми парезу кишечника були відсутні в першій групі хворих, у пацієнок другої групи спостерігались у 48% випадків.

Післяопераційні ускладнення в першій групі становили 1 випадок підшкірної емфіземи, яка самостійно регресувала протягом двох днів; в другій групі в 3 випадках мало місце часткове розходження швів передньої черевної стінки у пацієнок з ожирінням. Серед віддалених результатів лікування наявність диспареунії і післяопераційних спайок спостерігалась в 12 випадках у хворих другої групи і лише в 1 випадку у хворих першої групи.

Важливе питання впливу лапароскопічного органозберігаючого лікування на перебіг онкологічного процесу. Найбільш небезпечними за виникненням рецидивів і прогресуванням захворювання є перші 2 роки після закінчення спеціального лікування. Отже, в цьому інтервалі часу хворі потребували особливо ретельного спостереження з метою ранньої діагностики рецидивів хвороби. Рецидивів захворювання не було зафіксовано ні у першій, ні у другій групі хворих. Це дозволяє припустити, що лапароскопічне органозберігаюче лікування не спричиняє негативного впливу на результати лікування пограничних пухлин та початкових форм рака яєчників.

Частота п'ятирічної виживаності дорівнювала 100,0% в обох групах. Таким чином, проведення лапароскопічного органозберігаючого лікування не погіршує показники виживаності у хворих злоякісними пухлинами яєчників Іа і Іс стадій.

ВИСНОВКИ

1. Отримані нами дані підтверджують, що лапароскопічні методи лікування жінок з пограничними пухлинами і ранньою онкологічною патологією яєчників відкривають великі можливості для медичної та соціальної реабілітації хворих.

2. Досвід застосування лапароскопії при пограничних пухлинах і ранній онкологічній патології яєчників свідчить про переваги цього методу в порівнянні з класичною «відкритою» хірургією завдяки: малій травматичності, можливості чіткої та докладної візуалізації, адекватній хірургічній техніці, зниженню частоти і важкості післяопераційних ускладнень, зокрема, практично повній відсутності післяопераційних спайок, сприятливому перебігу післяопераційного періоду (після лапароскопії, навіть при самих великих ендоскопічних втручаннях, практично відсутні симптоми парезу кишечника, мінімальне порушення кровопостачання органів малого таза, що забезпечує раннє відновлення функцій цих органів), зменшенню терміну перебування пацієнтки в стаціонарі, гарному косметичному ефекту, прискоренню відновлення здоров'я і працездатності після операції, істотному економічному ефекту (зниженню економічних витрат за рахунок зменшення госпітального періоду, швидкої реабілітації, скорочення витрат медикаментів), повноцінної реабілітації хворих, у тому числі ефективному відновленню генеративної функції у молодих жінок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ашранян Л. А. Опухоли репродуктивных органов (этиология и патогенез) / Л. А. Ашранян, В. И. Киселев. – Москва, 2009. – 213 с.

2. Вишневская Е. Е. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли женских половых органов / Е. Е. Вишневская. – Минск : «Высшая школа», 2008. – 416 с.

3. Вовк І. Б. Деякі дискусійні питання ведення пацієнток репродуктивного віку з пухлиноподібними ураженнями яєчників / І. Б. Вовк, В. К. Кондратюк // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 4. – С. 177–182.

4. Заридзе Д. Г. Эпидемиология, механизмы канцерогенеза и профилактика рака / Д. Г. Заридзе // Здоров'я України. – 2007. – № 103. – С. 8–11.

5. Кулаков В. И. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников / Кулаков В. И., Гатаулина Р. Г., Сухих Г. Т. – М. : Триада-Х, 2009. – 254 с.

6. Савельева Г. М. Лапароскопия в гинекологии / Г. М. Савельева – М. : Гэотар-Медицина, 2006. – 325 с.

7. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans / IARC, Lyon, 2005. – Vol. 64.

8. Ness R. B. Factors related to inflammation of the ovarian epithelium and risk of ovarian cancer / R. B. Ness, J. A. Grisso, C. Cottreau // Epidemiology. – 2007, Mar. – Vol. 11 (2) – P. 97–98.

9. Singer A. Lower Genital Tract Precancer (Colposcopy, Pathology and Treatment). 2nd ed. / A. Singer, J. M. Monaghan. – Boston : Blackwell Science, 2006. – 323 p.