

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ЛАПАРОТОМНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ТЕЛА МАТКИ I СТАДИИ

Г.А. Мамедбейли

Национальный центр онкологии, г. Баку, Азербайджан

Цель: Данное исследование было запланировано и проводилось с целью сравнения двух хирургических методов лечения (лапаротомного и эндоскопического) больных раком тела матки.

Материалы и методы: Все больные (n=78) раком тела матки I стадии, находившиеся на лечении в Национальном Центре Онкологии Минздрава Азербайджанской Республики с 2011 г., в зависимости от вида проведенного хирургического лечения: лапароскопического или лапаротомного, были поделены на две группы.

Результаты: Проведенное исследование показало, что средняя продолжительности лапароскопической гистерэктомии составила 148,4 минут, в то время как средняя продолжительность оперативных вмешательств, выполненных лапаротомным методом, составила 119,1 минут. Средний объем кровопотери пациенток во время лапароскопических гистерэктомий составил 158,6 мл, трансфузии элементов крови не понадобилось ни одной из 37 больных. Средний объем интраоперационной кровопотери у 41 больных, оперированных лапаротомным доступом, составила 231,4 мл и шести пациенткам потребовались повторные переливания крови. После лапароскопической гистерэктомии заметно сократился срок реабилитации пациенток и количество койко-дней (в два раза).

Выводы: Исследование показало преимущество лапароскопической гистерэктомии над лапаротомией по следующим параметрам: объем интраоперационной кровопотери, количество койко-дней, косметический эффект, улучшение качества жизни. Отмечено, что результат лечения не зависит от метода хирургического вмешательства.

Ключевые слова: рак тела матки, эндоскопия, лапароскопическая гистерэктомия.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC AND LAPAROTOMIC HYSTERECTOMY FOR STAGE I ENDOMETRIAL CANCER

G.A. Mamedbeyli

National Center of Oncology, Baku, Azerbaijan

Objective: the present study was planned and conducted with the aim to compare two surgical methods of treatment (laparotomic and endoscopic) in the patients with endometrial cancer.

Materials and Methods: All the patients (n=78) with stage I endometrial cancer who have been undergoing treatment at the National Center of Oncology of the Ministry of Health of Azerbaijan Republic since 2011, were divided into two groups.

Results: The study undertaken showed that the average duration of laparoscopic hysterectomy was 148,4 minutes versus 119,1 minutes for laparotomy. The average blood loss of the patients at laparoscopic hysterectomies was 158,6 ml, none of 37 patients needed blood component transfusion. The average volume of intra-operational blood loss in 41 patients operated, using laparotomic access, made up 231,4 ml and 6 patients needed repeated blood transfusions. Both the recovery period after laparoscopic hysterectomy and a number of occupied bed days (hospital stay) were considerably reduced (by two times).

Conclusions: The study demonstrated the advantage of laparoscopic hysterectomy over laparotomy with the following parameters: the volume of intra-operational blood loss, a number of occupied bed days, enhanced cosmetic effects, improving quality of life. It was noted that the result of the treatment doesn't depend on the method of surgical intervention.

Key Words: endometrial carcinoma, endoscopy, laparoscopic hysterectomy.

Рак тела матки (РТМ) — одно из наиболее широко распространенных злокачественных новообразований женских половых органов. В целом в мире в 2008 году РТМ занимал шестое место среди всех онкологических заболеваний у женщин, при этом показатель заболеваемости составил 8,2, а летальности — 1,9 на 100 000 женщин (GLOBOCAN 2008).

В Азербайджане РТМ занимает пятое место и составляет 5,5% в структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения. Стандартизированный показатель заболеваемости составил 4,7, а смертности — 2,2 на 100 000 населения (летальность — 18%) (Управление информатики и статистики Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики, 2010).

В большинстве случаев РТМ диагностируется в I и II стадиях, при которых первичным методом лечения является хирургический [2, 4, 7]. В свою очередь операция может быть выполнена как лапаротомным, так и эндоскопическим путями [1, 5].

На протяжении многих лет лапаротомическая гистерэктомия считалась основным хирургическим методом лечения этой патологии [1, 3], однако начиная с середины 1990 годов все большую популярность начал приобретать лапароскопический метод. Более того, были опубликованы результаты нескольких рандомизированных исследований, которые показали преимущество лапароскопических операций над лапаротомными с точки зрения уменьшения количества послеоперационных осложнений [5, 6, 8, 9].

В Азербайджане до настоящего времени лапароскопическая гистерэктомия не нашла широкого применения в онкогинекологии. Это ограничение обусловлено опасением увеличить риск диссеминации опухоли, послеоперационных осложнений, снизить показатели выживаемости и качества жизни пациенток.

Исходя из всего вышеперечисленного, в Национальном центре онкологии Минздрава Азербайджанской Республики проводится научное исследование для сравнения результатов применения двух методов хирургического вмешательства.

Материалы и методы

В исследование вошли 78 больных РТМ I стадии, которые лечились в Национальном

центре онкологии с начала 2011 года. Методом рандомизации все пациентки были разделены на две группы в зависимости от вида операции. В таблице 1 представлены клинические характеристики двух групп больных.

До начала лечения всем больным было проведено комплексное обследование и во всех случаях диагноз РТМ был подтвержден данными гистологического исследования. Наиболее часто встречающимися жалобами были кровянистые выделения из половых путей (у 94,8% пациенток). Метастазы в регионарных лимфатических узлах на основе МРТ исследования не были обнаружены ни у одной пациентки. Клинически значимые сопутствующие заболевания выявлены у 34 больных (43,6%). Наиболее распространенные из них — гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение.

Размеры матки у 41 больной (52,6%) были нормальными, у 21 (26,9%) соответствовали 5–6 неделям беременности, у 16 (20,5%) — 7–10 неделям беременности. Сочетание РТМ с наличием миоматозных узлов отмечено у 22 (28,2%) пациенток.

Таблица 1

Клинические характеристики двух групп больных

	Лапароскопия	Лапаротомия
Число больных	37	41
Средний возраст (стандартное отклонение)	56,8 (9,6)	54,7 (11,2)
Стадия заболевания		
IA	21 (56,8%)	20 (48,8%)
IB	16 (43,2%)	21 (51,2%)
Гистологический вариант опухоли		
Эндометриоидный	34 (91,9%)	39 (95,1%)
Другой	3 (8,1%)	2 (4,9%)
Степень дифференцировки опухоли		
I	9 (24,3%)	7 (17,1%)
II	17 (46%)	21 (51,2%)
III	11 (29,7%)	13 (31,7%)
Сопутствующие заболевания		
Гипертония	14 (37,8%)	12 (29,3%)
Сахарный диабет	3 (8,1%)	5 (12,1%)
Средний индекс массы тела, кг/м ² (стандартное отклонение)	31,7 (9,1)	32,4 (8,7)
ASA баллы, среднее (стандартное отклонение)	2,4 (0,6)	2,2 (0,4)

Для определения степени распространенности рака эндометрия использовали международную классификацию FIGO. Согласно этой классификации больные распределились следующим образом: IA стадия — 41 (52,6%), IB стадия — 37 (47,4%).

Как видно из таблицы 1, по основным прогностическим показателям (возраст, распределение по стадиям РТМ, гистологическому варианту, степени дифференциации опухоли, сопутствующим заболеваниям, общему состоянию больных по шкале Американского общества анестезиологов) достоверных различий между группами не наблюдалось.

Лапароскопическое вмешательство проводилось под интубационным наркозом, в положение литотомии или Ллойда Девиса. Стандартные места для размещения портов были следующие: диаметром 5 или 10 мм — на уровне пупка для

камеры, диаметром 10 мм — над лобком, два порта диаметром 5 мм — в каждый нижний боковой квадрант живота на уровне 1/3 расстояния от передней верхней подвздошной ости до пупка.

На первом этапе операции всем больным производился смыв из брюшной полости на наличие опухолевых клеток. Для предотвращения ретроградного попадания опухолевых клеток из полости матки через трубы в брюшную полость трубы в области истмического и ампулярного отдела коагулировались. Дальнейшее проведение лапароскопической гистерэктомии не отличалось от таковой, проводимой открытым методом. Для оптимального положения матки при манипуляциях применяли маточный манипулятор, разработанный в университетской клинике Клермон-Ферран («Karl Storz»).

После оперативного вмешательства пациенткам в зависимости от стадии РТМ, степени дифференциации опухоли и наличия лимфоваскулярной инвазии проводилась либо сочетанная лучевая терапия, подразумевающая 3D конформную дистанционную лучевую терапию (разовая очаговая доза 2Гр, суммарная очаговая доза 46Гр) и внутриволостную брахитерапию высокой мощностью дозы (разовая очаговая доза 5Гр, суммарная 15Гр), либо только брахитерапия по той же схеме, что и при сочетанной лучевой терапии. Больным с IA стадией РТМ и высокодифференцированными опухолями (I степень) без лимфоваскулярной инвазии адьювантная терапия не проводилась.

Результаты и обсуждение

Результаты хирургического лечения двух групп пациенток представлены в таблице 2.

Средняя продолжительность лапароскопической гистерэктомии составила 148,4 минуты, в то время как средняя продолжительность оперативных вмешательств, выполненных лапаротомным методом, составила 119,1 минуты, что достоверно меньше, чем в группе больных, подвергнутых лапароскопической операции.

Средний объем кровопотери пациенток во время лапароскопических гистерэктомий составил 158,6 мл, трансфузии элементов крови не понадобилось ни одной из 37 больных.

Средний объем интраоперационной кровопотери у 41 больной, оперированной лапаротомным доступом, составил 231,4 мл, шести пациенткам

Таблица 2

Сравнение двух методов хирургического вмешательства

	Лапароскопия	Лапаротомия
Средняя продолжительность операции, мин (стандартное отклонение)	148,4 (19,5)	119,1 (23,7)
Среднее количество удаленных лимфоузлов (стандартное отклонение)	16,8 (5,4)	18,5 (6,1)
Средний объем кровопотери, мл (стандартное отклонение)	158,6 (11,2)	231,4 (21,8)
Интраоперационные осложнения		
Повреждение мочеточников	0	1
Повреждение мочевого пузыря/кишечника	0	0
Среднее время госпитализации (пределы)	3 (2–11)	7 (3–31)
Необходимость в повторной госпитализации	0	0
Тромбоэмболия легочной артерии	1	0
Вторичное заживление операционной раны	0	5
Тромбоз глубоких вен	0	2
Гематома малого таза	0	2
Гемотрансфузии	0	6

потребовались повторные переливания крови. В этой же группе зарегистрирован один случай повреждения мочеточника и один случай тромбоза легочной артерии с летальным исходом. Не было отмечено ни одного случая повреждения мочевого пузыря и кишечника.

Восстановление перистальтики кишечника больных, оперированных лапароскопическим методом, происходило в среднем через $12,5 \pm 4,5$ ч, а в группе подвергнутых открытым операциям — через $34,0 \pm 12,1$ ч.

Послеоперационные осложнения зарегистрированы у двух больных контрольной группы, у которых отмечена нагноившаяся гематома в малом тазу, потребовавшая трансвагинального дренирования.

Комплексное изучение качества жизни больных РТМ с применением опросников EORTC QLQ-C30 выявило существенную взаимосвязь показателей от метода хирургического вмешательства. Так, качество жизни больных в первые шесть недель было лучше после лапароскопии, чем после лапаротомии. После лапароскопической гистерэктомии заметно сократился срок реабилитации пациенток и количество койко-дней (в два раза).

Таким образом, лапароскопический доступ технически приемлем для выполнения расши-

ренной гистерэктомии по поводу рака эндометрия начальных стадий. Мини-инвазивная техника операции требует больших затрат времени по сравнению с открытым хирургическим вмешательством, но в то же время уменьшает послеоперационные осложнения, делая этот период для больных менее травматичным как физически, так и психологически.

Обзор специальной медицинской научной литературы позволяет утверждать, что основной метод лечения рака эндометрия — хирургический в объеме экстрафасциальной экстирпации матки с придатками. Учитывая современный подход, можно сказать, что видеохирургия со всеми ее преимуществами должна стать не просто альтернативной методикой, а стандартом для выполнения радикальных операций по поводу рака тела матки у больных с ранними стадиями заболевания и отсутствием абсолютных противопоказаний к лапароскопии.

Данные литературы подтверждают полученные нами результаты о том, что результаты операций по поводу рака тела матки у больных с ранними стадиями заболевания, подвергнутых хирургическому вмешательству лапароскопическим доступом, не уступают таковым, полученным при открытой операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cordero García J.M., López de la Manzanara Cano C.A., García Vicente A.M., Garrido Esteban R.A. et al. Study of the sentinel node in endometrial cancer at early stages: preliminary results. *Rev Esp Med Nucl Imagen Mol.* 2012 Sep; 31(5):243–8.
2. Devaja, Omer; Samara, Ioanna; Papadopoulos, Andreas J. Laparoscopically Assisted Vaginal Hysterectomy (LAVH) Versus Total Abdominal Hysterectomy (TAH) in Endometrial Carcinoma: Prospective Cohort Study, *International Journal of Gynecological Cancer*: 2010. V. 20. Issue 4. P. 570–575.
3. Ju, Woong; Myung, Seung-Kwon; Kim, Yeol; Choi, Hyuck Jae; Kim, Seung Cheol. Comparison of Laparoscopy and Laparotomy for Management of Endometrial Carcinoma: A Meta-analysis, *International Journal of Gynecological Cancer*: 2009. V. 19. Issue 3. P. 400–406.
4. Leiserowitz, Gary S.; Xing, Guibo; Parikh-Patel, Arti et al. Laparoscopic Versus Abdominal Hysterectomy for Endometrial Cancer: Comparison of Patient Outcomes, *International Journal of Gynecological Cancer*: 2009. V. 19. Issue 8. P. 1370–1376.
5. Palomba, Stefano; Ghezzi, Fabio; Falbo, Angela; Mandato, Vincenzo Dario et al. Laparoscopic Versus Abdominal Approach to Endometrial Cancer: A 10-Year Retrospective Multicenter Analysis, *International Journal of Gynecological Cancer*: 2012. V. 22. Issue 3. P. 425–433.
6. Perrone A.M., Di Marcoberardino B., Rossi M., Pozzati F., Pellegrini A., Procaccini M., Santini D., De Iaco P. Laparoscopic versus laparotomic approach to endometrial cancer. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2012; 33(4):376–81.
7. Sirisabya, Nakarin; Manchana, Tarinee; Worasethsin, Pongkasem; Khemapech, Nipon et al. Is Complete Surgical Staging Necessary in Clinically Early-Stage Endometrial Carcinoma? *International Journal of Gynecological Cancer*: 2009. V. 19. Issue 6. P. 1057–1061.
8. Taşkın S, Güngör M, Öztuna D, Ortaç F. Comparison of laparoscopy and laparotomy in surgical staging of clinical early stage endometrial cancer: a report of early experiences from Turkey. *J Obstet Gynaecol.* 2012 Oct; 32(7):687–90.
9. Tomov S., Gorchev G., Tzvetkov Ch., Tanchev L., Iliev S. Laparoscopic hysterectomy-brief history, frequency, indications and contraindications, *Akush Ginekol (Sofia)*. 2012; 51(4):40–4.