

УДК 618.14-006.6

А.А. Ищенко,
к.м.н., ведущий научный сотрудник НОКЦ «Женское
здоровье» Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

А.И. Ищенко,
д.м.н., профессор, директор НОКЦ «Женское
здоровье», заведующий кафедрой акушерства и
гинекологии № 1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

М.А. Клокова,
акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики
клиники «Спектра»

А.В. Кочатков,
д.м.н., руководитель центра онкоколопроктологии
отделения онкологии хирургического профиля ФГАУ
«Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ

A.A. Ishchenko,
PhD, leading researcher of the SCC «Women's Health»
of the I.M. Sechenov First MSMU

A.I. Ishchenko,
MD, prof., Director of the SCC «Women's Health»,
head of the chair of obstetrics and gynecology № 1
of the I.M. Sechenov First MSMU

M.A. Klokova,
obstetrician-gynecologist, physician of ultrasound
diagnosis in clinic «Spectra»

A.V. Kochatkov,
MD, head of the Department of Oncology Surgical Center
FSAI «Medical Rehabilitation Center» of the Health
Ministry of Russia

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ РАКА ТЕЛА МАТКИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

THE POSSIBILITIES OF THE LAPAROSCOPIC APPROACH IN THE TREATMENT OF ENDOMETRIAL CANCER OF PATIENTS WITH OBESITY

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Анатолий Иванович Ищенко, профессор, директор
НОКЦ «Женское здоровье», заведующий кафе-
дрой акушерства и гинекологии № 1
Адрес: 117463, г. Москва, Новоясеневский пр-кт, д. 32.
Телефон: 8 (495) 622-96-53
E-mail: chushkov@mmascience.ru
Статья поступила в редакцию: 24.12.2015
Статья принята к печати: 26.12.2015

CONTACT INFORMATION:

Anatoly Ivanovich Ishchenko, prof., Director of the SCC
«Women's Health», head of the chair of obstetrics and
gynecology № 1
Address: 32 Novoyasenexsky ave., Moscow, 117463
Tel.: 8 (495) 622-96-53
E-mail: chushkov@mmascience.ru
The article received: 24.12.2015
The article approved for publication: 26.12.2015

Аннотация. В статье прослеживаются основные особенности и возможности лапароскопического доступа в лечении рака тела матки у больных с ожирением.

Annotation. The article traces the main features and possibilities of laparoscopic approach in the treatment of endometrial cancer in patients with obesity.

Ключевые слова. Гинекология, лапароскопия, реабилитация.

Keywords. Gynecology, laparoscopy, rehabilitation.

ВВЕДЕНИЕ

Результаты клинических исследований указывают на то, что ожирение (индекс массы тела (ИМТ) 30–40 кг/м²) негативно влияет на женское здоровье, и в настоящее время доказана взаимосвязь между риском развития рака яичников, рака

эндометрия и ожирением [1]. По данным литературы, у женщин с ожирением рак эндометрия встречается в 2,5 раза, а с морбидным ожирением (ИМТ >40 кг/м²) – в 6,3 раза чаще по сравнению с пациентками с нормальной массой тела [2]. На сегодняшний день в мире насчитывается около 300 млн. больных, страдающих ожирением, что составляет

7% всего взрослого населения. По данным ВОЗ, за последнее десятилетие XX-го в. в мире частота ожирения увеличилась на 50% [3]. В России частота ожирения составляет 24,9% (24-е место в мире), при этом избыточную массу тела, включая ожирение, имеют 51,7% женщин [4]. Ожирение у пациенток со злокачественными новообразованиями тела матки приводит и к росту частоты связанных с ним послеоперационных осложнений, в первую очередь при традиционном (открытом) доступе оперирования. В качестве альтернативы в последнее время используется лапароскопия.

Лапароскопия как лечебное и диагностическое пособие в настоящее время является одним из активно разрабатываемых направлений в современной оперативной гинекологии [5-8]. Являясь одним из основных компонентов концепции ускоренной послеоперационной реабилитации (англ. синоним — fast-track surgery), лапароскопическая гистерэктомия позволяет минимизировать операционную травму, интраоперационную кровопотерю, сократить длительность пребывания в стационаре, срок реабилитации, улучшить показатели качества жизни больных по сравнению с открытым доступом [9-13]. По результатам исследований, у пациенток с повышенным ИМТ ближайший послеоперационный период протекал более благоприятно [14-19], и рутинное использование лапароскопического доступа у пациентов с ожирением приводило к снижению послеоперационных осложнений [20]. Учитывая несомненную актуальность проблемы и нарастающее число подобных пациенток, мы проанализировали собственный опыт лапароскопического доступа в хирургическом лечении пациенток с ожирением.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 2012 по 2015 г. включительно в гинекологическом отделении № 1 ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России было проведено 130 оперативных вмешательств лапароскопическим доступом и 95 операций лапаротомным доступом по поводу онкологических заболеваний тела и шейки матки. Все пациентки были госпитализированы в плановом порядке после амбулаторного клинико-диагностического обследования, которое включало: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и малого таза; МРТ органов малого таза; общий и биохимический анализ крови; коагулограмма, включающая D-димер и агрегацию тромбоцитов; общий и биохимический анализ мочи; рентгенография органов грудной клетки; электрокардиография; эзофагогастродуоденоскопия; колоноскопия.

В настоящее исследование включены 65 пациенток, страдающих раком тела матки и ожирением

II-III степени, которым выполнена пангистерэктомия, в сочетании с тазовой лимфодиссекцией: 40 пациенткам лапароскопическим и 25 пациенткам лапаротомным доступом. Средний возраст пациенток составил $54 \pm 5,7$ лет (48—66 лет). Критерием включения в исследование послужил индекс массы тела выше 37,0. По данным предоперационного обследования, данных за наличие вторичного поражения органов брюшной полости и забрюшинного пространства не получено, признаки поражения регионарных лимфоузлов также отсутствовали. По результатам гистологического исследования распространения опухолевых клеток в лимфоузлы не выявлено. По классификации TNM: 35 женщин с опухолевым процессом, классифицируемым T1N0M0, 23 женщины с вовлечением в процесс шейки матки — T2N0M0 и 7 женщин с поражением верней трети влагалища — T3N0M0.

Вне зависимости от доступа, оперативные вмешательства проводили под комбинированной общей анестезией, в положении Тренделенбурга. Лапароскопический доступ осуществлялся методом трехпортовой лапароскопии: установку портов производили в околопупочной зоне, подвздошных областях справа и слева, применялись троакары для тучных пациентов KarlStorz Ø 11 мм длиной 15 см. Использовали 30°×10 мм лапароскоп Storz и набор манипуляторов. В ряде случаев потребовалась установка дополнительного 5 мм порта в надлобковой области для коррекции нависания передней брюшной стенки и мобилизации мочевого пузыря. Лапаротомия выполнялась ниже-срединным доступом.

В послеоперационном периоде вне зависимости от доступа проводилась инфузионная, антибактериальная профилактика, противовоспалительная терапия, терапия, направленная на стимуляцию работы кишечника, при ежедневном контроле артериального давления, пульса, ЧСС, температуры. Дополнительная коррекция артериального давления не требовалась. Трансфузии элементов крови не понадобилась ни одной из пациенток.

По результатам исследования оценивались следующие параметры: продолжительность хирургического вмешательства, объем кровопотери, послеоперационные осложнения, качество жизни больных, сроки реабилитации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В нашем исследовании продолжительность лапароскопического оперативного вмешательства варьировалась от 50 до 100 мин., средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 75 ± 14 мин., в то время как полостные операции длились от 120 мин. до 170 мин., а средняя продолжительность составила 145 ± 20 мин.

При оценке количества удаленных лимфоузлов, при выполнении лимфаденэктомии, значимого расхождения не выявлено.

Интраоперационная кровопотеря в группе исследуемых при лапароскопии не превышала 250 мл, средняя кровопотеря составила 70 ± 15 мл, в то время как при полостной операции средняя кровопотеря незначительно выше и составила 200 ± 20 мл.

Снижение сатурации интраоперационно составляло в среднем 1% при лапароскопии и до 5% при чревосечении. Гемодинамические показатели оставались стабильными во всех наблюдениях.

Продолжительность госпитализации после лапароскопической операции составила от 6 до 11 койко-дней, средняя продолжительность — 7,4 койко-дня, после лапаротомии от 9 до 16 дней (в одном случае до 31 дня, вследствие длительно текущей гипертермии у пациентки), средняя продолжительность — 11,4 койко-дня.

Качество жизни больных в первые 6 нед. было лучше после лапароскопии, чем после лапаротомии. В сравнении с лапаротомией, послеоперационный период у пациенток, перенесших лапароскопию, протекал более благоприятно, были менее выражены болевые ощущения, не требовалось использования наркотических анальгетиков, специального послеоперационного бандажа. После лапароскопической гистерэктомии заметно сократился срок реабилитации, количество проведенных койко-дней, пациентки раньше стали работоспособны, в некоторых случаях появилась возможность раньше начать лучевую терапию.

У всех пациенток, перенесших лапароскопию, послеоперационных осложнений не отмечалось, в то время как у женщин после полостной операции у 1 длительно сохранялась гипертермия, у 10 вследствие выраженного болевого синдрома было решено продлить длительность госпитализации.

Важным показателем послеоперационного периода является восстановление перистальтики кишечника. В группе из 40 человек, оперированных лапароскопическим методом, восстановление деятельности кишечника происходило в среднем через $12,5 \pm 5,5$ ч., в группе 25 пациенток, подвергнутых открытым операциям значительно дольше — через $34,0 \pm 12,1$ ч. Важно, что послеоперационная лучевая терапия как компонент комбинированного лечения онкологических заболеваний после лапароскопически проведенного хирургического вмешательства может быть выполнена в более ранние сроки, чем при оперативном вмешательстве, выполненном путем лапаротомии.

По данным различных зарубежных исследований проведение лапароскопических операций у пациенток с ожирением не приводило к повышению частоты интраоперационных осложнений [14–15].

Однако в исследовании F. Morgan-Ortiz и соавт., опубликованном в 2013 г., представлены противоположные результаты [25]. Именно у больных с ожирением при проведении лапароскопических операций в большей степени отмечены травмы смежных органов (кишки, мочевого пузыря), раневая инфекция, в одном случае — кровотечение, потребовавшее проведения гемотрансфузии.

Важно, что во всех исследованиях при проведении лапароскопической гистерэктомии у пациенток с ожирением отмечено увеличение продолжительности операции и кровопотери. По данным разных авторов, средняя продолжительность операционного времени колебалась от 114 мин. [19] до 154,6 мин. [15]. По мнению F. Morgan-Ortiz и соавт., увеличение длительности операции у больных с ожирением связано с интраоперационными осложнениями [25].

В отечественной литературе подобные исследования показывали следующие результаты: в работе Попова А.А. и соавт. среднее время, затраченное на операцию, было меньше в сравнении с зарубежными литературными данными и составило $94,3 \pm 44,76$ мин. Объем кровопотери ($128,55 \pm 60,78$ мл) и длительность пребывания в стационаре ($4 \pm 0,94$ койко-день) были сопоставимы с ранее представленными публикациями. [21]

По данным А.И. Беришвили и соавт. продолжительность лапароскопической операции у пациенток с ожирением составила 217 ± 12 мин, у пациенток с нормальной массой тела 194 ± 14 . Кровопотеря больше 500 мл была отмечена у 5-ти пациенток из каждой группы. Частота интра- и послеоперационных осложнений у больных с ожирением была выше, чем в контрольной группе, но не достигала статистически достоверных различий [22].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные результаты этого исследования в том, что наличие ожирения II–III степени у пациенток со злокачественными новообразованиями тела матки не имеет существенного влияния на выбор хирургического доступа в пользу лапаротомии. Наоборот, лапароскопические операции у данного контингента больных являются более предпочтительными, т. к. они сопровождаются меньшей кровопотерей, более быстрым восстановлением и заживлением послеоперационной раны, более короткими сроками госпитализации, чем при традиционных операциях.

Список литературы

1. Schmandt R.E., Iglesias D.A., Co N.N. et al. Understanding obesity and endometrial cancer risk: Opportunities for prevention // *Obstet. Gynecol.* 2011. Vol. 205. P. 518–525.
2. Berlev I.V., Urmanceeva A.F., Saparov A.B. et al. Laparoscopic radical hysterectomy with pelvic lymph node dis-

- section for endometrial cancer in obese patients // *Vopr. Onkol.* 2014. Vol. 60(3). P. 327–334.
3. Toouli J., Fried M., Khan A.G. et al. WGO Global Guideline Obesity. World Gastroenterology Organization. 2009. 42 p.
 4. Аметов А.С. Эффективное лечение ожирения — путь борьбы с эпидемией Diabetes mellipidus // *Медицинский совет.* 2013; 2: 78–83.
[Ametov A.S. Effective treatment of obesity — a way to fight the epidemics Diabetes mellipidus // *Meditsinsky sovet.* 2013; 2: 78–83.]
 5. The state of food and agriculture: Food and agriculture of the United Nations. Rome. 2013.
 6. Ищенко А.И., Слободянюк А.И., Зуев В.М. и др. Надвлагалищная ампутация матки при лапароскопии // *Проблемы хирургии в акушерстве и гинекологии. М., 1995. С. 50–54.*
[Ishchenko A.I., Slobodyanyuk A.I., Zuev V.M. et al. Supravaginal amputation of the uterus during laparoscopy surgery // *Problems in Obstetrics and Gynecology. M.* 1995. P. 50–54.]
 7. Ищенко А.И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии. 2004. 136 с.
[Ishchenko A.I. New technologies and minimally invasive surgery in gynecology. 2004. 136 p.]
 8. Гинекология по Эмилю Новаку / Под ред. Дж. Берека, И. Адаши, П. Хилаард; пер. с англ. О.Н. Горбачевой и др.; Ред. Пер. В.М. Нечушкина. М. «Практика». 2002. 892 с.
[Gynecology by Emil Novak / Ed. by J. Berek, I. Adashi, P. Hilaard; transl. from English by O.N. Gorbachyova et al.; ed. by V.M. Nechushkina. M. «Praktika». 2002. 892 p.]
 9. Garry R., Fountain J., Brown J. et al. EVALUATE hysterectomy trial: amulticentre randomised trial comparing abdominal, vaginal and laparoscopic methods of hysterectomy // *Health Technol. Assess.* 2004. Vol. 8. P. 1–154.
 10. Chapron C., Fauconnier A., Goffinet F. et al. Laparoscopic surgery is not inherently dangerous for patients presenting with benign gynaecologic pathology. Results of a meta-analysis // *Hum. Reprod.* 2002. Vol. 17. P. 1334–1342.
 11. Johnson N., Barlow D., Lethaby A. et al. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *BMJ.* 2005. Vol. 330. P. 1478.
 12. Kovac S.R. Hysterectomy outcomes in patients with similar indications // *Obstet. Gynecol.* 2000. Vol. 95. P. 787–793.
 13. Ferrari M.M., Berlanda N., Mezzopane R. et al. Identifying the indications for laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: a prospective, randomised comparison with abdominal hysterectomy in patients with symptomatic uterine fibroids // *BJOG.* 2000. Vol. 107. P. 620–625.
 14. Chopin N., Malaret J.M., Lafay-Pillet M.C. et al. Total laparoscopic hysterectomy for benign uterine pathologies: obesity does not increase the risk of complications // *Hum. Reprod.* 2009. Vol. 24. P. 3057–3062.
 15. Bardens D., Solomayer E., Baum S. et al. The impact of the body mass index (BMI) on laparoscopic hysterectomy for benign disease // *Arch. Gynecol. Obstet.* 2014. Vol. 289. P. 803–807.
 16. Holub Z., Jabor A., Kliment L. et al. Laparoscopic hysterectomy in obese women: acclinical prospective study // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2001. Vol. 98. P. 77–82.
 17. O'Hanlan K.A., Lopez L., Dibble S.L. et al. Total laparoscopic hysterectomy: Body mass index and outcomes // *Obstet. Gynecol.* 2003. Vol. 102. P. 1384–1392.
 18. O'Hanlan K.A., Dibble S.L., Fisher D.T. Total laparoscopic hysterectomy for uterine pathology: impact of body mass index on outcomes // *Gynecol. Oncol.* 2006. Vol. 103. P. 938–941.
 19. Heinberg E.M., Crawford B.L., Weitzen S.H. Total laparoscopic hysterectomy in obese versus nonobese patients // *Obstet. Gynecol.* 2004. Vol. 103. P. 674–680.
 20. Helm C.W., Arumugam C., Gordinier M.E., Metzinger D.S., Pan J., Rai S.N. Laparoscopic surgery for endometrial cancer: increasing body mass index does not impact postoperative complications // *J. Gynecol. Oncol.* 2011. Sep.; 22(3).
 21. Попов А.А., Мананникова Т.Н., Логинова Е.А. и др. Лапароскопическая гистерэктомия у больных ожирением.
[Popov A.A., Manannikova T.N., Loginova E.A. et al. Laparoscopic hysterectomy in obese patients.]
 22. Беришвили А.И., Лактионов К.П., Кочоян Т.М., Поликарпова С.Б., Левкина Н.В. Лапароскопические операции в лечении больных раком тела матки с ожирением.
[Berishvili A.I., Laktionov K.P., Kochoyan T.M., Polikarpova S.B., Levkina N.V. Laparoscopic surgery in the treatment of patients with endometrial cancer with obesity.]
 23. Berlev I.V., Urmancheeva A.F., Saparov A.B. et al. Laparoscopic radical hysterectomy with pelvic lymph node dissection for endometrial cancer in obese patients // *Vopr. Onkol.* 2014. Vol. 60(3). P. 327–334.
 24. Берлев И.В., Урманчеева А.Ф., Максимов С.Я. и др. Сравнительный анализ хирургического лечения рака эндометрия лапароскопическим и традиционным лапаротомным доступом // *Сибирский онкологический журнал.* 2012. № 6(54). С. 32–36.
[Berlev I.V., Urmancheeva A.F., Maksimov S.Ya. et al. Comparative analysis of surgical treatment of endometrial cancer by laparoscopic and conventional laparotomy access // *Sibirsky onkologicheskyy zhurnal.* 2012; 6(54): 32–36.]
 25. Morgan-Ortiz F., Soto-Pineda J.M., Lypez-Zepeda M.A. et al. Effect of body mass index on clinical outcomes of patients undergoing total laparoscopic hysterectomy // *Intern. J. Gynecol. Obstetrics.* 2013. Vol. 120. P. 61–64.