

отмечена эктопическая беременность. У 5 (2,4 %) пациенток I группы, 2 (1,3 %) – II и 5 (12,5 %) – III беременность на настоящий момент продолжается. Родами закончились 56 (26,9 %) беременностей у пациенток I группы, 78 (51,7 %) – II и 19 (47,5 %) – III групп. Все дети растут и развиваются без существенных отклонений от нормы. Важным вопросом

является влияние беременности и родов на течение онкологического процесса. Рецидив заболевания зафиксирован у 4 (2,9 %) больных I группы, 10 (12,9 %) – II и 2 (8 %) – III групп, имевших в анамнезе беременность после перенесенного специального лечения. Эти цифры не превышают частоту рецидивов у пациенток без беременности в анамнезе.

**Пучков К.В., Хубезов Д.А., Юдин И.В.**

Рязанский государственный медицинский университет  
им. И.П. Павлова, Россия

## ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЛИМФОДИСЕКЦИИ

**Цель:** Изучение непосредственных результатов лапароскопической лимфодиссекции при раке различной локализации.

**Материалы и методы.** В ГУЗ РОКБ за период 1999 – 2005 выполнено 86 лапароскопических вмешательств, сопровождающихся лимфодиссекцией. При этом 64 (74,4 %) пациентки страдали колоректальным раком, у 10 (11,6 %) больных имелся рак почки и у 2 (2,3 %) пациенток вмешательство выполнено по поводу рака шейки матки. У 20 (23,2 %) пациенток операции носили комбинированный и сочетанный характер.

Техника лимфодиссекции была идентичной. Однако объем лимфодиссекции в зависимости от локализации рака был различным. При колоректальном раке в зависимости от локализации опухоли выполнялась аортоподвздошная и аортоподвздошно-тазовая лимфаденэктомия. Радикальная нефрэктомия сопровождалась широким удалением забрюшинной клетчатки в аортальной и подвздошной области монолатерально (на стороне поражения). У двух пациенток с раком шейки матки объем лимфодиссекции соответствовал стандартной радикальной гистерэктомии (операции Вертгейма).

Различной была и очередность действий в зависимости от локализации опухоли. При колоректальном раке операцию начинали с лигирования магистральных сосудов с последующей лимфодиссекцией в парааортальной области, и уже в последнюю очередь выполнялась подвздошная и латеральная лимфодиссекции. Радикальная гистерэктомия, напротив, начиналась удалением клетчатки с боковых стенок таза после пересечения круглых связок матки с последующим смещением в медиальном направлении.

**Результаты.** Летальных исходов и конверсий не было. Интраоперационные осложнения зарегистрированы у 3 (3,4 %) пациенток. В двух наблюдениях имели место ранения магистральных сосудов и в одном – краевое ранение мочеточника. Во всех случаях осложнения ликвидированы лапароскопическим доступом. Послеоперационные осложнения имели место у 4 (4,7 %) пациенток. У всех больных выполнялись резекции толстой кишки. В 2 (2,3 %) наблюдениях имела место несостоятельность анастомоза, в одном (1,2 %) – стриктура анастомоза и в одном (1,2 %) – двухсторонний гидронефроз. Функциональные нарушения имели место в 10 (11,6 %) случаях. У 9 (10,5 %) пациенток выполнены резекции толстой кишки и у одной – гистерэктомия. В 9 (10,5 %) случаях имели место мочеполовые расстройства, у одной пациентки – незначительные двигательные нарушения, связанные с травматизацией запирающего нерва. Средняя продолжительность вмешательств не превышала время выполнения открытых операций.

5-летние результаты прослежены лишь у 10 (11,6 %) больных колоректальным раком. 3-летние – у 32 (37,2 %) пациенток. Предварительные результаты анализа частоты рецидивов соответствуют таковым при открытых расширенных вмешательствах и существенно ниже, чем при традиционном объеме операции, однако окончательные выводы об эффективности лимфодиссекции делать преждевременно.

**Заключение.** Наши исследования показали целесообразность и эффективность проведения лимфодиссекции, сопровождающейся небольшим числом осложнений и обнадеживающими предварительными отдаленными результатами.