

**Выводы.** Приведенные результаты позволяют рекомендовать использование органосохраняющих

операций в качестве основного метода лечения микроинвазивного РШМ T<sub>1</sub>A<sub>1</sub> стадии.

**Мелько А.И., Кира Е.Ф., Ушаков И.И., Ермолинский И.И., Зарубенко И.П.**

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова МЗиСР РФ, ГИУВ МО РФ, Москва, Россия

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ IV СТАДИИ

Все большее значение в лечении онкогинекологических больных приобретают лапароскопические методы.

**Цель исследования:** Оценить возможность и целесообразность применения диагностической лапароскопии у больных IV стадией злокачественных опухолей яичников.

**Материал и методы исследования.** Проведено когортное исследование больных злокачественными опухолями яичников, лечившихся в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко с 1 января 1988 г. по 1 июня 2005 г. С IV стадией заболевания было 80 (23 %). У 77 больных были эпителиальные опухоли, у 3 – неэпителиальные. Лечение начато с попытки циторедуктивной операции 50 больным; 22 с диагностической лапароскопии с биопсией опухоли, последующей неоадьювантной химиотерапией и циторедуктивной операцией. Лапароцентез с эвакуацией асцитической жидкости и последующей индукционной химиотерапией или неоадьювантной химиотерапией в составе комбинированного лечения выполнено 8 больным. Критериями оценки эффективности метода являлись объем циторедуктивной операции, время до начала цитостатического лечения. Статистическая обработка результатов проводилась не параметрическими методами с расчетом средних, относительных величин, точных критериев Фишера и Манна-Уитни.

**Результаты исследования.** В группе больных, которым лечение начато с лапаротомии, циторедуктивные операции выполнены 33 (66 %) больным. У 17 больных (34 %) операция закончилась диагностической лапаротомией в связи с

техническими трудностями. В группе больных, которым лечение начато с диагностической лапароскопии с последующей химиотерапией, циторедуктивные операции удалось выполнить всем 22 (100 %) больным ( $p < 0,05$  группами). Время до начала цитостатической терапии в группе больных, которым лечение начато с лапаротомии, составило  $7,8 \pm 1,2$  дня; в группе больных, которым лечение начато с диагностической лапароскопии  $4,8 \pm 1,1$  дня ( $p < 0,05$  между группами). У одной больной герминогенной злокачественной опухолью, которой был выполнен лапароцентез с эвакуацией асцитической жидкости, неоадьювантная химиотерапия проводилась не стандартной схемой в связи с цитологической интерпретацией полученного материала как «клетки рака». В группе больных, которым проведена диагностическая лапароскопия с биопсией опухоли, всем проведено лечение согласно по стандартов лечения. Осложнений при проведении диагностической лапароскопии с биопсией опухоли не было.

**Выводы.** 1. Диагностическая лапароскопия с биопсией опухоли является эффективным методом, позволяющим оценить операбельность больных IV стадией злокачественными опухолями яичников, определить принадлежность опухоли к гистологическому типу и на основании этих данных выбрать адекватную программу лечения.

2. При проведении диагностической лапароскопии по сравнению с лапаротомией у больных IV стадией злокачественными новообразованиями яичников сокращаются сроки до начала противоопухолевого лечения.

**Новикова Е.Г., Антипов В.А., Шевчук А.С.**

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, Москва, Россия

## ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

**Цель:** оценить целесообразность и эффективность повторных лапароскопических операций у больных, перенесших нерадикальные хирургические вмешательства по поводу злокачественных опухолей яичников.

**Материал и методы.** В клинике онкогинекологии МНИОИ им. П.А.Герцена выполнено 52 повторных лапароскопических операции у пациенток в возрасте от 16 до 65 лет, ранее перенесших нерадикальное хирургическое вмешательство по поводу

злокачественных новообразований яичников с первично установленной I стадией заболевания. Нерадикальные операции предпринимались в гинекологических стационарах общего профиля по поводу впервые выявленных опухолей и кист яичников и в большинстве случаев заключались в удалении опухолево-измененных придатков матки. Злокачественный характер опухоли был установлен лишь при послеоперационном гистологическом исследовании. Повторные лапароскопические операции, целью которых являлось адекватное стадирование опухолевого процесса и обеспечение радикальности хирургического лечения, проводились в сроки от 12 до 280 дней после первичной операции. В процессе выполнения повторных лапароскопических операций соблюдались онкологические принципы, принятые в хирургическом лечении злокачественных опухолей яичников: тщательная ревизия брюшной полости, срочное морфологическое исследование перитонеальной жидкости, смывов и биоптатов париетальной брюшины, срочное гистологическое исследование удаляемого (или резецируемого) яичника, субтотальная резекция большого сальника. Во всех случаях выполнено интраоперационное лапароскопическое ультразвуковое исследование тазовых и парааортальных лимфатических узлов.

**Новикова Е.Г., Чулкова О.В., Ронина Е.А.**

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, Москва, Россия

**Цель:** Проанализировать один из аспектов медико-социальной реабилитации (а именно – фертильность) больных, перенесших органосохраняющее лечение по поводу ранней онкологической патологии гениталий.

**Материалы и методы.** В основу наших исследований положен анализ клинко-морфологических данных, касающихся результатов лечения 971 больных репродуктивного возраста, перенесших органосохраняющие операции по поводу ранней онкологической патологии гениталий, находившихся под наблюдением МНИОИ им. П.А. Герцена с 1975-го по 2004 год. В первую (I) группу включены 688 больных предраком и раком шейки матки (из них тяжелая дисплазия была диагностирована у 90 (13,1 %) пациенток, карцинома *in situ* у 342 (49,7 %), рак шейки матки Ia1 у 246 (35,6 %) и Ia2 у 4 (0,6 %) больных). Средний возраст пациенток составил –  $33,6 \pm 1,2$  лет. Во вторую (II) группу включены 158 больных новообразованиями придатков матки (из них: злокачественные опухоли яичников диагностированы у 99 (62,7 %), рак яичников у 24 (15,2 %), пограничные опухоли яичников у 35 (22,1 %) больных). Средний возраст пациенток со-

ставил –  $24,9 \pm 0,9$  года. В третью (III) группу включены 125 больных, подвергшихся самостоятельной гормонотерапии по поводу предрака и рака эндометрия (из них: с атипической гиперплазией – 57 (45,6 %) и начальным раком эндометрия – 68 (54,4 %) пациенток). Средний возраст –  $31,5 \pm 1,1$  год. Сроки наблюдения составляют от 6 месяцев до 29 лет.

**Результаты.** Средняя продолжительность операции составила 164 мин. Конверсии осуществлены у 9 больных: у 4-х в связи с выявленным распространенным опухолевым процессом у 3 – в связи с выраженным спаечным процессом, и у 2 в связи с интраоперационными осложнениями (кровотечение из ветвей левой желудочно-сальниковой артерии). Послеоперационные осложнения выявлены у 3 больных и не потребовали хирургической коррекции. Пациентки выписаны из стационара на 4 – 5-й день после операции. Использование оперативной лапароскопии позволило более чем в 2 раза сократить реабилитационный период по сравнению с аналогичным показателем при лапаротомных вмешательствах. По результатам послеоперационного гистологического исследования в 10 случаях (19,7 %) опухолевый процесс был рестадирован, при этом у 5 больных выявлена III стадия заболевания.

**Заключение.** Использование оперативной лапароскопии с целью рестадирования у больных, перенесших нерадикальную операцию по поводу злокачественных опухолей яичников, позволяет значительно улучшить качество жизни оперированных пациенток без ущерба онкологической радикальности.

## ТРИДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

**Результаты и их обсуждение.** У 136 женщин I группы возникло 208 беременностей, во II группе у 77 пациенток – 151 беременность и в III группе у 29 женщин – 40 беременностей. Показатели фертильности составили – 19,8 %; 48,7 % и 23,2 %, соответственно. В 110 (52,9 %) случаях в I группе, 59 (39,1 %) – во II и 7(20 %) – в III был осуществлен медицинский аборт, причинами которого в ряде наблюдений был небольшой интервал времени после специального лечения или желание самой пациентки. Особенностью течения беременности в I и III группах является достаточно высокий процент (31 (14,9 %) и 9 (25,7 %), соответственно) самопроизвольных выкидышей, в то время как во II группе только 11 (7,3 %) случаев. У 4 (1,9 %) пациенток I и у 1 (0,6 %) – II группы зафиксирована неразвивающаяся беременность, в 3 (1,4 %) случаях в I группе