

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

С целью изучения возможностей лапароскопии в диагностике злокачественных опухолей яичников (ЗОЯ) были проанализированы результаты 635 лапароскопий, выполненных при следующих клинических ситуациях: 1) 540 пациенток с объемными образованиями в малом тазу размерами от 2 до 8 см в диаметре; 2) 54 больные с клинически распространенным опухолевым процессом без морфологической верификации; 3) 41 больная раком яичника после комплексного лечения, находящаяся в клинической ремиссии. Высокая информативность позволяет рекомендовать лапароскопию как метод углубленной диагностики объемных образований небольших размеров в малом тазу с целью раннего выявления ЗОЯ, для морфологической верификации и оценки распространенности опухолевого процесса, для выявления доклинического рецидива заболевания при несоответствии данных неинвазивных методов мониторинга (УЗИ и СА-125).

Проблема рака яичников (РЯ) является одной из самых сложных в онкологии. Несмотря на поиски новых методов лечения РЯ, существенного улучшения отдаленных результатов не произошло. Пятилетняя выживаемость больных не превышает 35%, при этом если при I стадии данный показатель составляет 70-80%, то при IV стадии всего лишь 5-15% [1, 8]. Неудовлетворительные результаты лечения непосредственно связаны с поздней диагностикой РЯ. Обращает на себя внимание то, что более чем у 70% больных к началу лечения диагностируют уже распространенный опухолевый процесс [1,2]. В связи с этим разработка эффективных методов диагностики ранних форм рака, получение максимальной информации об опухолевом процессе представляют собой актуальные задачи современной онкогинекологии, направленные на оптимизацию лечения РЯ.

Совершенствованию методов диагностики опухолей яичников посвящено большое количество научных исследований. Основное развитие получили лучевые, иммунологические методы исследования, лапароскопия [2, 3, 5]. Широкими возможностями обладает эндоскопическое исследование – лапароскопия с морфологической верификацией опухоли. Несмотря на то, что эндовидеохирургия широко применяется в гинекологии, использование ее в онкогинекологии пока ограничено [7, 10].

Целью настоящего исследования явилось определение места лапароскопии в диагностике и комбинированном лечении РЯ.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 635 женщин, которые проходили лечение в Санкт-Петербурге в городском онкологическом диспансере и Военно-медицинской академии. Возраст пациенток колебался от 18 до 83 лет (средний возраст – $52,8 \pm 4,3$). При этом большинство женщин (53%) были старше 50 лет, а у каждой пятой (22%) в анамнезе были операции на органах малого таза лапаротомным доступом.

Применительно к нашим исследованиям пациентки были разделены на 3 группы.

Первую группу составили 540 пациенток, которым лапароскопия выполнялась с целью раннего выявления РЯ при клиническом и/или эхографическом определении объемных образований в полости малого таза размерами до 8 см в диаметре.

Вторая группа – 54 больные с клинически распространенным опухолевым процессом, у которых лапароскопия выполнялась с целью уточнения диагноза.

Третья группа – 41 больная РЯ после комбинированного лечения в сроки клинической ремиссии от 6 месяцев до 6 лет, у которой лапароскопия выполнялась при подозрении на рецидив заболевания по данным мониторинга, включавшего ультразвуковое исследование и определение уровня онкомаркера СА-125.

Лапароскопию осуществляли с использованием эндоскопического оборудования «Olympus» и «Wolf» под комбинированным эндотрахе-

Результаты диагностических лапароскопий у пациенток с объемными образованиями в малом тазу

Лапароскопические «находки»	Число пациенток	%
Злокачественные и пограничные опухоли яичников	29	5,4
Рак маточной трубы	2	0,4
Доброкачественные опухоли яичников	365	67,5
Опухольвидные образования яичников	66	12,2
Миома матки	38	7,1
Экстрагенитальные опухоли	9	1,7
Спаечная болезнь	20	3,7
Без патологии	11	2,0
ВСЕГО:	540	100

альным наркозом. Лапароскопия выполнялась типичным доступом в точке околотупковой зоны (при наличии нижнесрединного или поперечного рубца прокол брюшной стенки осуществляли на 1-2 см выше пупка) с двухсторонними контрапертурами в надлобковой области. Производили осмотр органов брюшной полости и малого таза, оценивали расположение, размеры, консистенцию, цвет опухоли. При отсутствии визуальных признаков злокачественного процесса и наличии условий выполняли эндоскопическую операцию. Рассматривая каждую опухоль яичника как потенциально злокачественную, в целях абластики удаляли опухоль без предварительной пункции, помещая ее в пластиковый контейнер. После выведения краев контейнера на переднюю брюшную стенку пунктировали образование внутри него с целью уменьшения размеров опухоли. Все опухоли яичников были подвергнуты срочному гистологическому исследованию для определения объема операции.

В послеоперационном периоде больным проводилась терапия анальгетиками, при инфекционно-воспалительном и спаечном процессе – антибактериальная терапия.

У больных с распространенным

злокачественным процессом при лапароскопии уточнялась стадия заболевания, выполнялась биопсия опухоли с целью морфологической верификации и оценивалась возможность циторедуктивной операции лапаротомным доступом. При отсутствии условий для оптимальной циторедукции лечение начиналось с неoadъювантной химиотерапии на 3-4 сутки после диагностической лапароскопии.

У больных РЯ после первичного лечения, находившихся в клинической ремиссии, при подозрении на рецидив выполнялась лапароскопия «second look» («второго взгляда») с обязательным морфологическим исследованием мазков-отпечатков с брюшины, печени, диафрагмы и биоптатов опухолевых очагов.

Из 635 лапароскопических операций осложнения возникли у 4-х больных (0,6%): у 3-х пациенток образовался воспалительный инфильтрат передней брюшной стенки, у одной – кровотечение в месте введения бокового инструментального троакара на передней брюшной стенке. Средний койко-день после лапароскопии составил $3,6 \pm 0,1$ дня.

Результаты исследования и обсуждение

Все пациентки первой группы (540) были направлены в Го-

родской онкологический диспансер в связи с выявлением объемных образований в полости малого таза размерами от 2 до 8 см. В большинстве случаев это были эхографические «находки» при обследовании женщин в поликлиниках и женских консультациях. Только 154 женщины (28,5%) предъявляли жалобы на незначительные боли внизу живота и пояснице.

Во время лапароскопии у 462 больных из 540 (85,51%) были обнаружены опухоли и опухолевидные образования придатков матки. Результаты диагностических лапароскопий представлены в табл. 1.

При этом у 396 (73,3%) пациенток были выявлены истинные опухоли придатков матки, из них у 365 (67,5%) – доброкачественные, а у 31 (5,8%) – пограничные и злокачественные. В 66 (12,2%) случаях обнаружены опухолевидные образования в виде параовариальных, ретенционных кист и tuboовариальных воспалительных процессов. У 38 (7,1%) пациенток опухоль яичника имитировала субсерозные узлы миомы матки, а у 9-ти (1,7%) выявлены экстрагенитальные опухоли (забрюшинные опухоли малого таза, киста брыжейки толстой кишки, лейомиома тонкой кишки, миксома аппенди-

Распределение больных злокачественными опухолями придатков матки по возрасту и стадиям заболевания

Возраст, лет	Стадия заболевания					
	Погранич- ная, n	Рак яичника, n			Рак трубы, n	
		I	II	III	II	III
До 30	3	1	-	1	-	-
31-40	1	1	1	1	-	-
41-50	2	2	1	1	-	-
51-60	1	2	1	1	1	-
61-70	2	2	1	2	-	1
> 70	2	-	-	-	-	-
Всего	11	8	4	6	1	1
Средний возраст, лет	50,8±3,5	49,5±4,8	52,0±5,3	48,5±3,6	61,3±5,9	

кулярного отростка). В то же время у 11 (2,0%) женщин какой-либо патологии выявлено не было, а у 20 (3,7%) пациенток обнаружен спаечный процесс в малом тазу с образованием серозоцеле после гинекологических операций. После уточнения диагноза объем операции выбирали согласно общепринятым положениям хирургического лечения образований яичников с учетом возможностей лапароскопического доступа. При доброкачественных образованиях у пациенток репродуктивного возраста выполняли органосохраняющие операции, больным старше 50 лет – двухстороннюю аднексэктомию. В 10,5% обширный спаечный процесс и обусловленные им технические трудности при выделении опухоли потребовали конверсионной лапаротомии. В таких случаях пациенткам в пре- и постменопаузе выполнена гистераднексэктомию.

В итоге при диагностической лапароскопии у 31 пациентки были выявлены следующие злокачественные новообразования придатков матки: у 11 (35,5%) – пограничные опухоли яичников, у 18 (58,0%) – рак яичника I-III

стадий, у 2-х (6,5%) – рак маточной трубы. Возраст больных злокачественными опухолями колебался от 22 до 74 лет, средний возраст равнялся 51,8±4,2 г.

Распределение больных РЯ по возрасту и стадиям заболевания представлено в табл. 2.

Среди небольших по размерам новообразований яичника преобладали ранние формы злокачественного процесса – 19 (61,3%) случаев: 11 – пограничных опухолей, 5 – рак яичника Ia стадии, один – Ib стадии, два – Ic стадии. В то же время у 12 (38,7%) больных на момент лапароскопии диагностирован уже распространенный опухолевый процесс. Из 6-ти больных раком яичников III стадии у 3-х выявлены мелкие единичные метастазы в сальник, а у 3-х других обнаружены отдаленные метастазы только на диафрагме диаметром 0,2-0,3 см. Это стало возможным благодаря выполнению осмотра диафрагмы под оптическим увеличением, тогда как при лапаротомии поражение диафрагмы нередко остается незамеченным и приводит к ошибкам в определении стадии заболевания и выборе лечебной тактики. Нам не

удалось выявить корреляционную зависимость между стадией заболевания и возрастом больных.

Среди злокачественных новообразований яичника преобладали эпителиальные опухоли (24 из 29): 17 серозных, 4 эндометриоидных, 2 муцинозных и одна светлоклеточная. У 5-ти больных диагностированы неэпителиальные опухоли гранулезоклеточного строения.

Четырем молодым женщинам (возраст до 32 лет) с пограничной опухолью яичника были выполнены органосохраняющие лапароскопические операции, остальным – конверсионная лапаротомия и радикальная операция. Пятнадцати больным с учетом стадии заболевания была проведена адъювантная платиновая химиотерапия (3-6 курсов). В сроки наблюдения от 2-х до 4-х лет 29 из 31 (93,5%) женщин находятся в клинической ремиссии, умерли 2 больные раком маточной трубы (через 20 и 26 месяцев).

Диагностической ценностью лапароскопии в алгоритме обследования женщин с объемными образованиями малого таза при сохраняющихся сомнениях после проведения неинвазивных методов

Результаты лапароскопии у больных с клинически распространенным опухолевым процессом в малом тазу / брюшной полости

Данные лапароскопии	Число больных	%
Рак яичника	41	75,9
Метастазы рака желудка / кишки	2	3,7
Метастазы рака молочной железы	6	11,1
Метастазы меланомы	1	1,9
Неопухолевые заболевания *	4	7,4
ВСЕГО	54	100

* Неопухолевые заболевания: туберкулез, цирроз печени, синдром Мейгса

обследования является возможность визуализации органов брюшной полости и малого таза и морфологическая верификация опухоли. Нередко обнаруженные при лапароскопии злокачественные опухоли яичника первоначально трактовались как доброкачественные [6, 9]. Мы считаем, что лапароскопию необходимо шире использовать при выявлении объемных образований «малых размеров», особенно у женщин в пре- и постменопаузе с целью ранней диагностики онкологического заболевания. Из 54 пациенток преимущественно пожилого возраста, направленных в онкологическое учреждение для исключения злокачественной опухоли яичника, в 31 случае (5,8%) лапароскопией установлен рак придатков матки, потребовавший дальнейшего специального лечения. У остальных пациенток данный метод углубленной диагностики помог избежать более травматичных хирургических вмешательств и сократить сроки госпитализации. Применение лапароскопии позволило у большинства больных РЯ (61,3%) выявить злокачественное заболевание на ранних стадиях (пограничная опухоль и рак яичника I стадии).

При лапароскопическом выявлении РЯ показана конверсионная лапаротомия и радикальная операция [4, 8, 9]. Как исключение возможно выполнение органосохраня-

ющих операций при опухолях с низкой степенью злокачественности у молодых женщин в целях сохранения фертильности [8]. В наших наблюдениях из 31 больной 27-ми были выполнены радикальные операции, а четырем молодым пациенткам с пограничными опухолями – органосохраняющие.

У 54 больных **второй группы** с клинически распространенным опухолевым процессом при отсутствии морфологической верификации опухоли (при отрицательных результатах цитологического исследования асцитической жидкости) лапароскопия выполнена для уточнения диагноза и выбора первого этапа лечения (операции или химиотерапии).

Данные лапароскопии в этой категории больных представлены в табл. 3.

В результате исследования у 41 (75,9%) больной визуально и морфологически был подтвержден первичный рак яичника, причем у 3-х больных яичники были нормальных размеров, но поражены опухолевым процессом с обширным метастазированием в брюшину и сальник, что затрудняло предоперационную диагностику. В 9-ти (16,7%) случаях имело место вторичное поражение яичников при злокачественных опухолях других локализаций, а в 4-х (7,4%) случаях злокачественный процесс не выявлен. После уточнения степени распространения опухоли 16 боль-

ным первичным раком яичников была выполнена конверсионная лапаротомия и циторедуктивная операция с последующей химиотерапией. Остальным 25 больным лечение начато с химиотерапии, после 2-3 курсов выполнялась циторедуктивная операция с оценкой эффекта химиотерапии.

В третьей группе показанем к лапароскопии «second-look» у 41 больной РЯ после комбинированного лечения было подозрение на доклинический рецидив заболевания по данным эхографии (12 больных) или на основании повышения уровня опухолевого маркера СА-125 (29 больных). Амплитуда колебаний концентрации маркера была от 57,05 до 481,7 ЕД/мл, медиана составила 170,2 ЕД/мл. Результаты лапароскопии представлены в табл. 4.

Из 29 больных с повышенным уровнем СА-125 при негативных данных УЗИ у 25 (86,2%) выявлены метастазы рака, подтвержденные затем морфологически. Наиболее частой локализацией минимальных метастазов были правая половина диафрагмы или малый таз. В 2-х случаях диагноза рецидива был установлен на основании цитологического исследования мазков, взятых манипулятором с поверхности печени и малого таза. Не отмечено четкой зависимости уровня маркера от массы метастазов. У 4-х (13,8%) больных не выявлен ре-

Результаты лапароскопии «second-look» больных раком яичников

Данные УЗИ и СА-125	Число больных	Результаты лапароскопии	
		Выявлен рецидив	Без рецидива
СА-125 > N, УЗИ негативное *	29	25 (86,2%)	4 (13,8%)
СА-125 = N (< 35Ед/мл), УЗИ позитивное *	12	4 (33,3%)	8 (66,7%)
ВСЕГО	41	29 (70,7%)	12 (29,3%)

*УЗИ негативное – отсутствуют патологические изменения в малом тазе и брюшной полости, УЗИ позитивное – выявлены объемные образования или инфильтраты в полости малого таза

цидив заболевания. Из 12 больных с нормальными показателями СА-125, но с позитивной эхографией рецидив подтвержден у 4-х (33,3%), а у 8-ми (66,7%) имел место спаечный процесс в малом тазе. Позитивные результаты лапароскопии у 29 больных позволили на более ранних этапах прогрессирования опухолевого процесса возобновить лечение. Нормализация уровня опухолевых маркеров у большинства больных отмечалась уже после 2-3 курсов химиотерапии второй линии. Остальные 12 (29%) пациенток с негативными результатами лапароскопии проходят периодическое обследование, у 2-х больных в дальнейшем клинически проявился забрюшинный рецидив.

Выводы

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Лапароскопия является завершающим этапом диагностики опухолей яичника и может быть рекомендована для раннего выявления РЯ.

2. Лапароскопия должна выполняться только в тех медицинских учреждениях, где имеются условия для выполнения интраоперационной экспресс-биопсии и радикальной операции в случаях выявления злокачественного процесса.

3. Лапароскопия позволяет определить морфологический тип

опухоли, клиническую стадию для проведения адекватного лечения. Эндоскопическая оценка распространения злокачественного процесса более информативна, чем при традиционной лапаротомии, так как позволяет выявлять отдаленные мелкие метастазы.

4. Лапароскопия по типу «second-look» является дополнительным и информативным методом диагностики доклинических рецидивов РЯ, показана при несоответствии данных мониторинга, позволяет своевременно изменить лечебную тактику и рассчитывать на улучшение отдаленных результатов лечения.

Литература

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – Л.: Медицина, 1989. – 464 с.

2. Бохман Я.В., Лившиц М.А., Винокуров В.Л. и др. Новые подходы к лечению гинекологического рака. – СПб: Гиппократ, 1993. – 224 с.

3. Стрижаков А.Н., Баев О.Р. Современные подходы к диагностике и тактике ведения больных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников // Акуш. и гин. – 1995. – №4. – С. 15-17.

4. Alvarez R.D., Kilgore L.C., Partridge E.E et al. Staging ovarian cancer diagnosed during laparoscopy: accuracy rather than immediacy // Southern Medical J. –

86(11): 1256-8. – 1993, Nov.

5. Bruce J., Ramshaw M.D. Laparoscopic surgery for cancer patients // CA Cancer J. Clin. – 1997; 47: 327-350.

6. Canis M., Mage G., Pouly J.L. et al. Laparoscopic diagnosis of adnexal cystic masses: a 12-year experience with long-term follow-up // Obst. and Gynec. – 83(5pt1): 707-12. – 1994. – May.

7. Donato D.M., Penalver M. The current role of laparoscopic surgery in gynecological oncology // Cancer Invest., 1996; 14(5): 482-90.

8. Kristensen Gunnar B., Trope Claes. Epithelial ovarian carcinoma // Lancet. – 1997. – 349. – №9045. – P. 113-117.

9. Nicoloso E., d'Ercole C., Boubli L., Blanc B. Borderline tumors and cancers of the ovary. Laparoscopic-surgical evaluation // Press. Med. 1995. – Oct. 21; 24(31): 1421-4.

10. Sevelde P. The future of surgical gynecology: from dogma to science – from science to practice standard // Gynakol. Geburtshilfliche. Rundsch. – 1995; 35(3): 149-52.