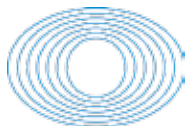




ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ
КАРМАННЫЙ АТЛАС

РАК ТЕЛА МАТКИ
Лапароскопическая
экстирпация матки
с придатками

Учебное пособие для врачей



ФГБНУ «Российский онкологический
научный центр им. Н. Н. Блохина» РАМН

Aesculap® DS

ТИТАНОВЫЕ КЛИПСЫ



Титановые DS клипсы

- Специальная окончатая форма — надежная компрессия тканей
- Усовершенствованный механизм закрытия — возможность репозиции и защита от нежелательного соскальзывания
- Оптимальный рисунок внутреннего профиля — надежное наложение на лигируемый сосуд
- Наложение при помощи многоразового лапароскопического клипаппликатора либо клипаппликатора для открытой хирургии

Клипаппликаторы

- Специальный механизм, защищающий от сверхусилия
- Канал для промывания, обеспечивающий обработку и дезинфекцию инструмента
- Удобство и комфорт — ротация на 360°
- Картриджи с клипсами:
 - поставляются стерильными;
 - с цветовой кодировкой;
 - клеящая основа для фиксации и хранения на операционном столе

Уникальное предложение
в сегменте титановых
лигатурных клипсов

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

 **AESCULAP®**

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ
КАРМАННЫЙ АТЛАС

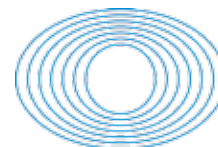
А. И. Беришвили, К. П. Лактионов, Т. М. Кочоян

РАК ТЕЛА МАТКИ

Лапароскопическая экстирпация матки с придатками

Учебное пособие для врачей

под редакцией академика РАН и РАМН, проф. М. И. Давыдова



Разработано на базе ФГБНУ «Российский онкологический научный
центр им. Н. Н. Блохина» РАМН

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	5
Историческая справка	6
Показания и противопоказания	7
Оборудование	8
Этапы лапароскопической экстирпации матки с придатками	12
Несколько слов о лапароскопии в онкогинекологии	24
Лимфаденэктомия при раке тела матки	24
Мифы и реалии лапароскопии в онкологии	25
Меры профилактики развития имплантационных метастазов	25
Плюсы и минусы лапароскопии в онкогинекологии	26

УДК 618.14.006.6
Б48

Коллектив авторов: д. м. н. А. И. Беришвили, д. м. н.,
проф. К. П. Лактионов, д. м. н. Т. М. Кочоян

Б48 **Беришвили А. И., Лактионов К. П., Кочоян Т. М.**
Рак тела матки: Лапароскопическая экстирпация матки с придатками: Учебное пособие для врачей / под ред. М. И. Давыдова. — СПб: ООО «Б. Браун Медикал», 2014. — 24 с., ил.

Учебное пособие в форме атласа просто и доступно отражает наиболее важные аспекты лапароскопической хирургии в лечении рака тела матки, а также отвечает на вопросы, наиболее часто возникающие у начинающих хирургов. В настоящем пособии представлены основные этапы и особенности лапароскопической техники, несколько отличающейся от традиционной открытой методики оперирования.

УДК 618.14.006.6

© А. И. Беришвили, К. П. Лактионов, Т. М. Кочоян, 2014

Учебное издание

Беришвили А. И., Лактионов К. П., Кочоян Т. М.

РАК ТЕЛА МАТКИ: ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ
Учебное пособие для врачей

Ответственный за выпуск *Васильев О. А.*
Художественный редактор *Домогацкая В. Ю.*
Технический редактор *Савченков П. О.*

Подписано в печать 21.10.2014. Формат А5.
Бумага офсетная. Тираж 999 экз.

ПРЕДИСЛОВИЕ

В настоящее время лапароскопическая хирургия занимает все большее место в лечении онкологической патологии. И как это произошло в гинекологии и урологии, где лапароскопия быстро завоевала лидирующие позиции в силу своих объективных преимуществ, таких как малая травматичность, хорошая визуализация органов брюшной полости с учетом многократного увеличения современной оптико-волоконной техники, короткая госпитализация, раннее восстановление, в т. ч. и функции кишечника, меньшее количество анальгетиков и антибиотиков и т. д., хороший косметический эффект, так и в онкологии именно гинекология и урология стояли у истоков развития и внедрения лапароскопической хирургии в повседневную практику оперирующего врача-онколога.

При создании данного атласа мы руководствовались необходимостью максимально просто и доступно отразить наиболее важные аспекты лапароскопической хирургии в лечении рака тела матки, а также ответить на вопросы, наиболее часто возникающие у начинающих хирургов. Для этого мы представим основные этапы и особенности лапароскопической техники, которая несколько отличается от традиционной открытой методики оперирования.

Мы надеемся, что формат карманного атласа облегчит восприятие и использование данного руководства при выполнении подобных операций, а подробное и наглядное описание этапов операции позволит избежать многих вопросов и осложнений, которые неизбежно возникают на этапе освоения данной методики.

*Давыдов М. И., Беришвили А. И.,
Лактионов К. П., Кочоян Т. М.*



ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Показания к лапароскопической экстирпации матки с придатками при раке тела матки те же, что и при открытой хирургии.

Противопоказания: большие размеры матки (более 12 нед. беременности), стеноз влагалища и сердечно-легочная или другая соматическая патология, препятствующая длительному нахождению в положении Тренделенбурга. Ожирение с индексом массы тела > 35 считалось ранее противопоказанием к лапароскопическим операциям, однако современное развитие хирургической техники и оборудования позволяют практически полностью нивелировать данное противопоказание и перевести его скорее к разряду показаний.

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

- 1910** Первая диагностическая лапароскопия новообразований брюшной полости
- 1986** Первое эндоскопическое стадирование рака тела матки (Dargent & Salvat)
- 1989** Первая лапароскопическая экстирпация матки с придатками (Reich)
- 1990** Первая расширенная гистерэктомия (Canis & Neznat)



ОБОРУДОВАНИЕ

Камера

- 3-чиповая Full HD эндовидеокамера обеспечивает передачу идеально четкого и качественного изображения
- Оптический парфокальный зум (2,5 x) позволяет визуализировать даже мельчайшие детали
- Простое и удобное управление функциями камеры из стерильной зоны осуществляется при помощи кнопок на головке эндовидеокамеры

Источник света

- Ксеноновый источник света 300 Вт обеспечивает высокую интенсивность света и гарантирует превосходную цветопередачу при формировании изображения эндовидеокамерой
- Интенсивность светового потока легко устанавливается на необходимый уровень при помощи вращающегося регулятора на передней панели аппарата

Инсуффлятор

- Высокопоточный инсуффлятор с центральным информационным дисплеем и встроенной функцией подогрева газа
- Возможность подачи газа из баллона или центральной системы газоподдачи
- Удобный и простой в работе аппарат гарантирует надежную и безопасную инсуффляцию

Система документирования

- Система документирования данных позволяет сохранять фотоизображения и/или видеофайлы в формате Full HD разрешения
- Данные могут сохраняться на DVD/CD-ROM, USB-носитель или локальную сеть клиники после завершения операции
- Интерфейс может обновляться по желанию пользователя для совместимости с DICOM 3.0



Аппарат для аспирации и ирригации

- Аппарат может использоваться в четырех разных режимах: лапароскопии, артроскопии, гинекологии, уретероскопии
- Современная технология активации режимов с помощью транспондера, система оповещения при опустошении инфузионного пакета – гарантия обеспечения безопасности
- Простота управления благодаря большому сенсорному дисплею

Электрохирургический аппарат

- Многофункциональный электрохирургический генератор имеет 2 биполярных и 2 монополярных выхода
- Возможность программирования специальных настроек для выполнения конкретных процедур или сохранения параметров, удобных для хирурга

Инструменты – качество, достойное марки Aescular®!

- Большой выбор эргономичных и надежных лапароскопических инструментов высочайшего немецкого качества

Иглодержатели – простое и удобное выполнение шва в лапароскопии

- Точный захват нити
- Эргономичная аксиальная рукоятка
- Различные модификации инструмента

Клипсы и клипаппликаторы – уникальные технологии

- Многозарядные клипаппликаторы с механической или пневматической подачей клипса
- Временные сосудистые клипсы «бульдог» и зажимы для их наложения
- Специальные двойные DS-клипсы

Троакары – качество, надежность, удобство

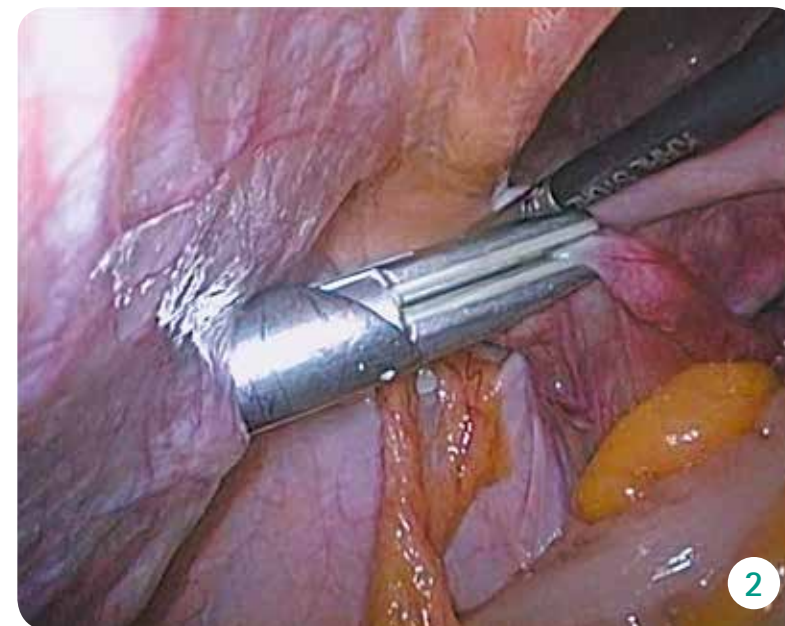
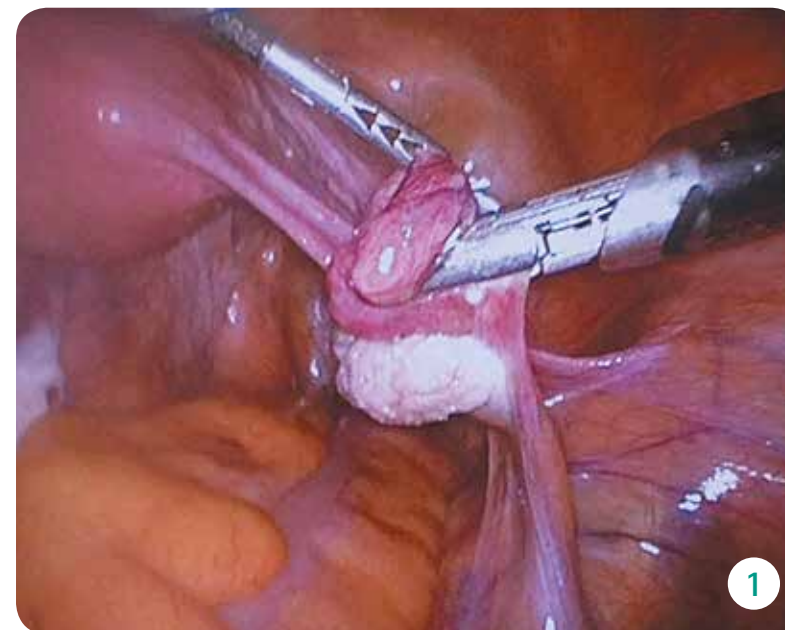
- «Гибридная система» позволяет комбинировать одноразовые и много-разовые компоненты
- Гибкие троакары

ЭТАПЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ

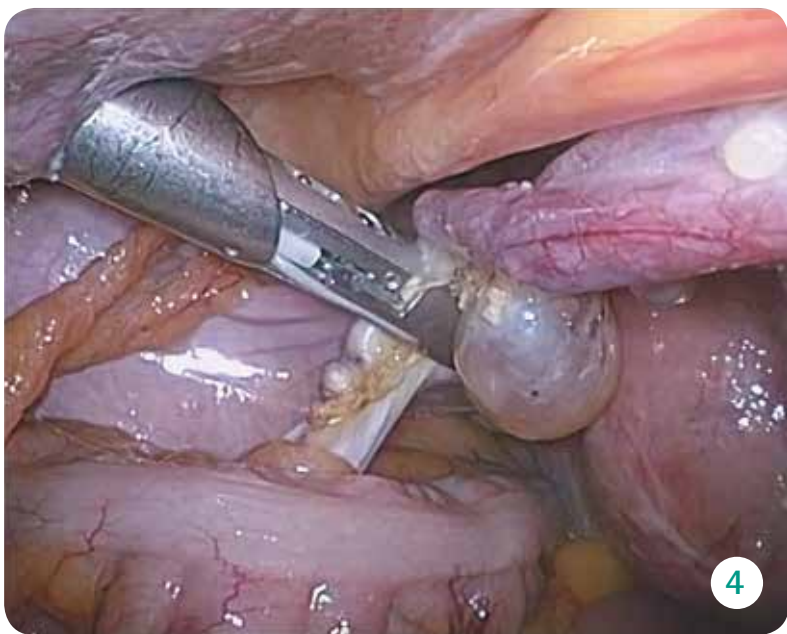
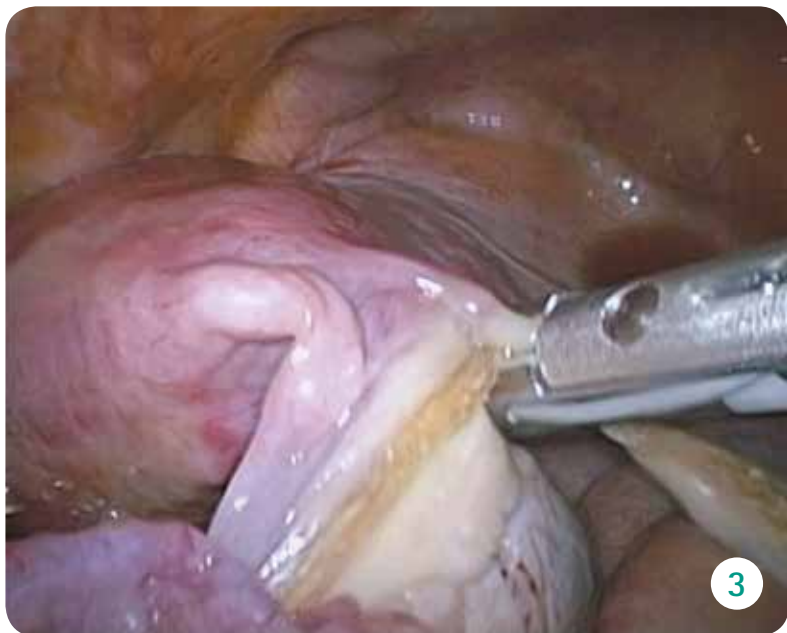
Пациентка подписывает согласие на операцию с учетом возможного перехода к лапаротомии в случае технических трудностей или осложнения. Вмешательство производят в условиях общей анестезии и эндотрахеальной интубации.

Больную укладывают на спину. Ноги разводят под углом 30–45°, чтобы ассистент мог сидеть между ними и подавать матку при помощи маточного манипулятора. Хирург стоит слева от пациентки, однако могут работать и два хирурга (слева и справа). Целесообразно использовать два видеомонитора, установленных в ногах пациентки по обе стороны от нее.

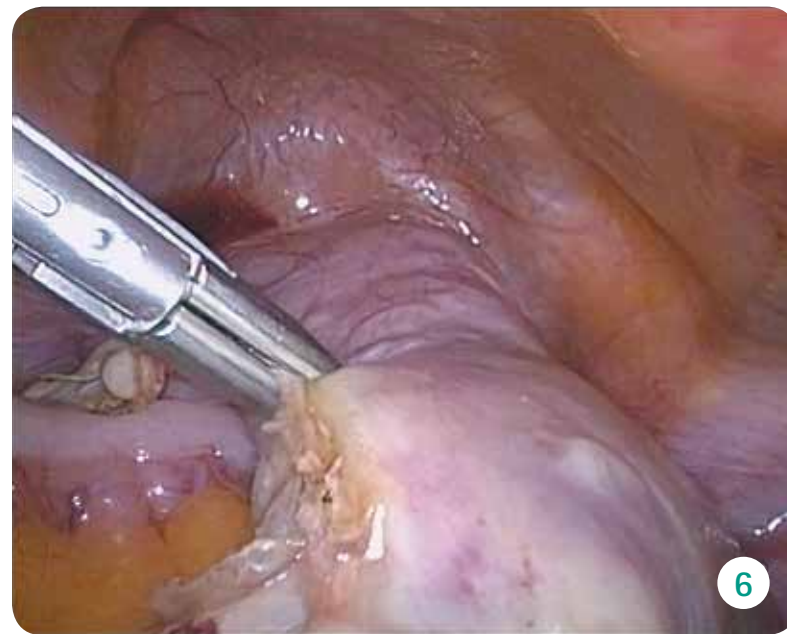
Непосредственно перед операцией в мочевой пузырь устанавливается катетер Фолея. На операционном столе больная находится в положении Тренделенбурга. Накладывают пневмоперитонеум и через пупочный троакар в брюшную полость вводят 10-мм лапароскоп. В случаях предшествующих чревосечений предпочтительной может оказаться открытая лапароскопия. После осмотра поверхности печени, желчного пузыря, аппендикса и других внутренних органов в матку устанавливают маточный манипулятор, который позволяет правильно оценить размеры матки и придатков. В правой и левой подвздошных областях устанавливаются по меньшей мере два 10-мм дополнительных троакара. Расположение этих проколов имеет большое значение и не должно быть обусловлено эстетическими соображениями, но иметь целью оптимальное использование инструментов в различных областях полости таза и живота, как правило, на 4 см выше паховой складки и латеральнее нижних эпигастральных сосудов. Также необходимо взять смывы из брюшной области для цитологического исследования.



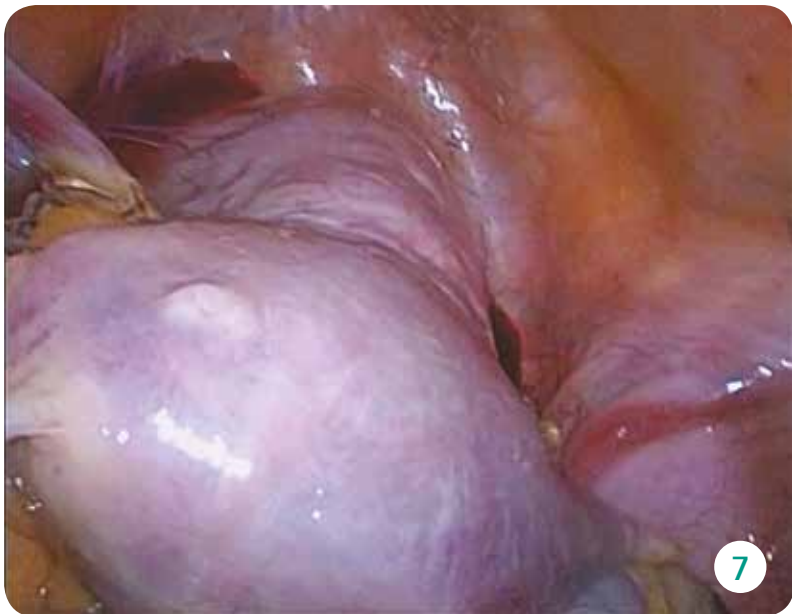
Для профилактики диссеминации опухолевого процесса из матки мы выполняем коагуляцию правой и левой маточных труб (фото 1 и 2).



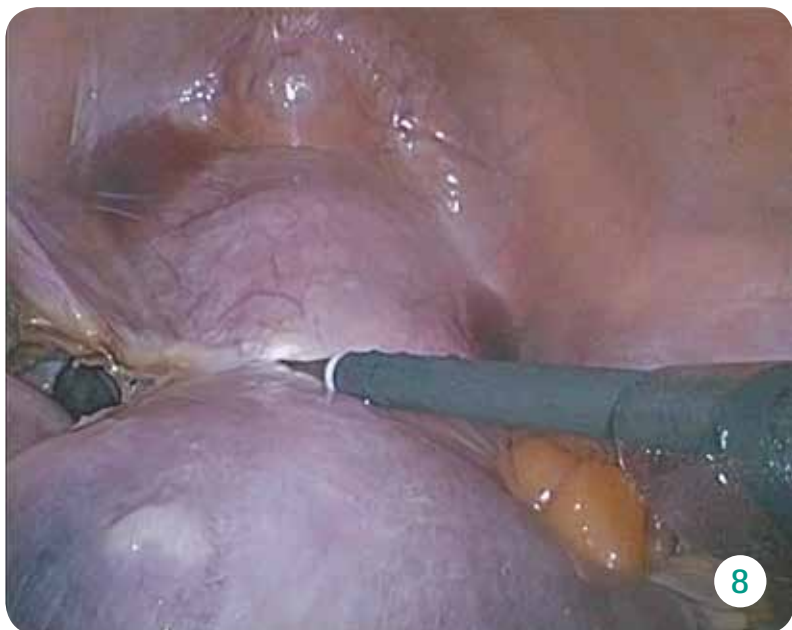
Пересекаются воронко-тазовые и круглые связки матки справа и слева (фото 3 и 4).



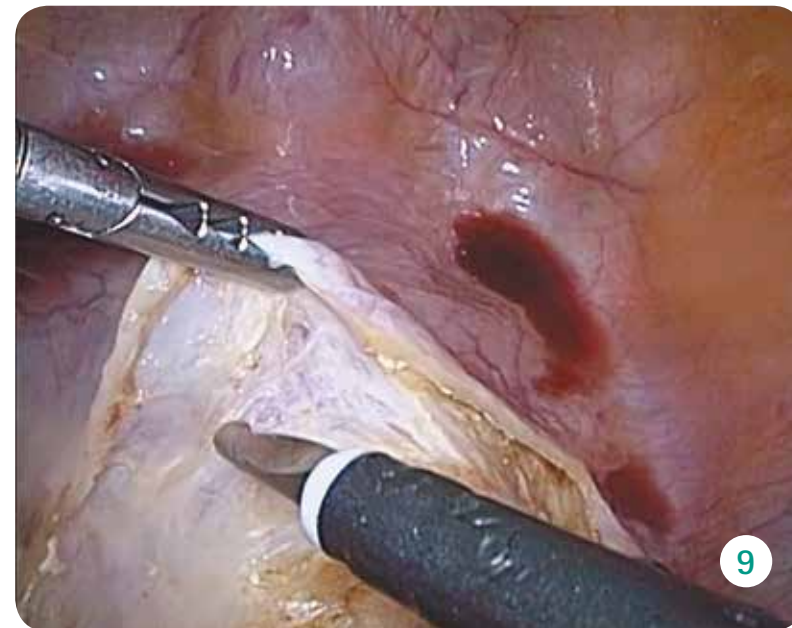
Рассекается брюшина широкой связки матки с обеих сторон до уровня перешейка матки (фото 5 и 6).



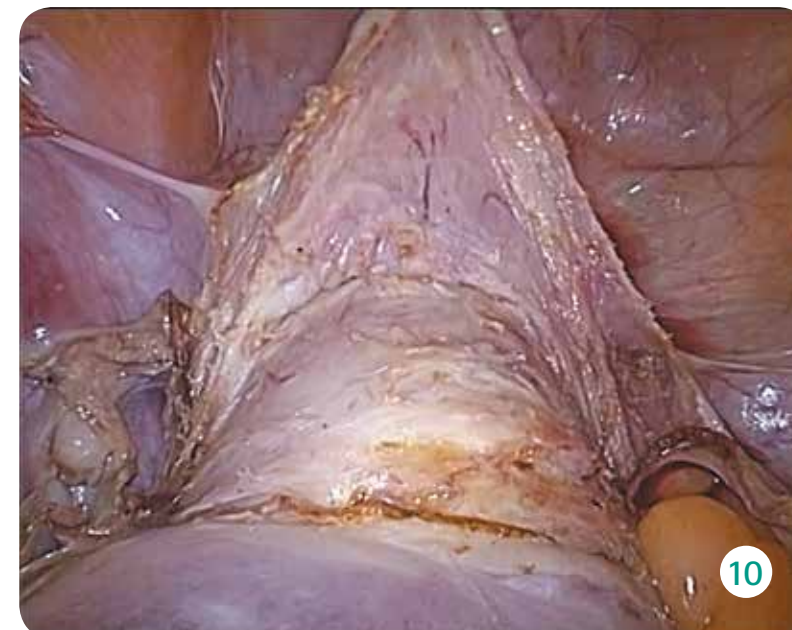
Если данные этапы выполнены правильно, то кровоснабжение матки нарушается и она изменяет свой цвет (фото 7).

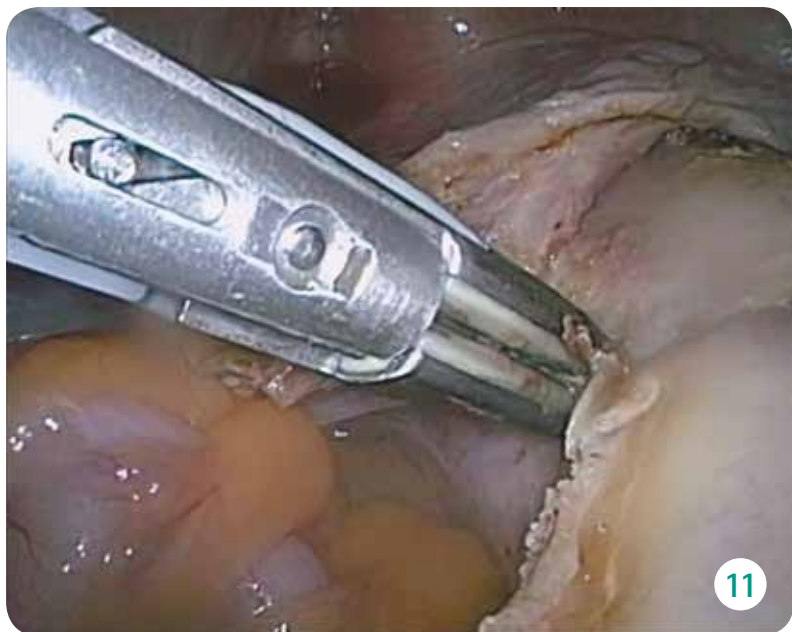


Вскрывается пузырно-маточная складка (фото 8).

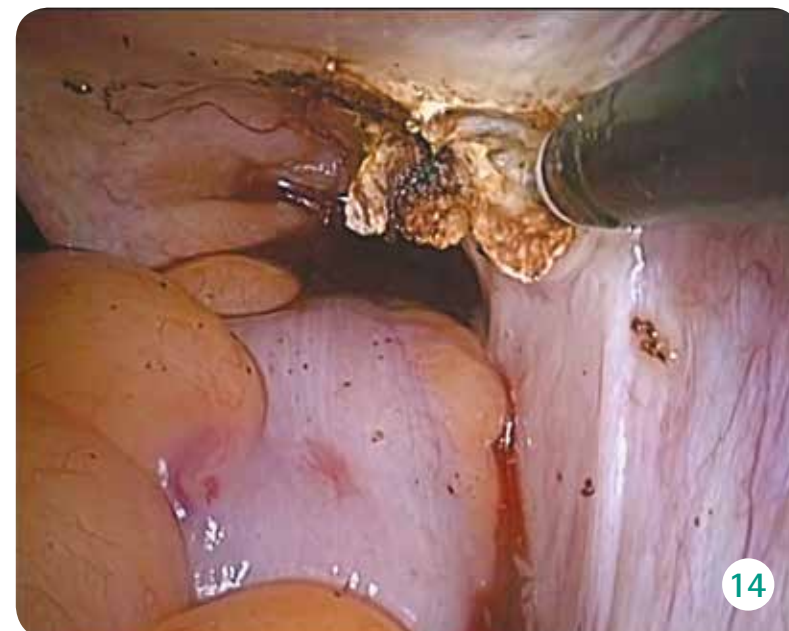
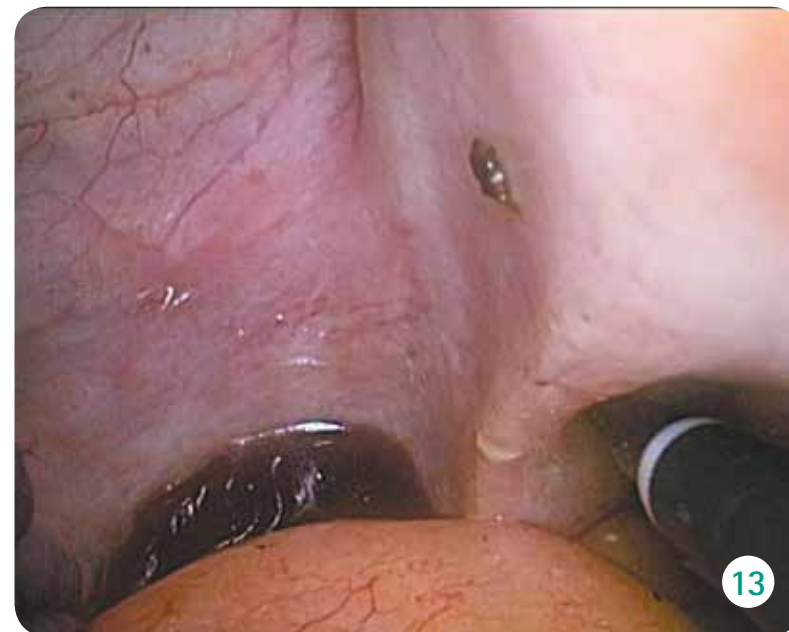


Мочевой пузырь в слое отсепаровывается вниз (фото 9 и 10).

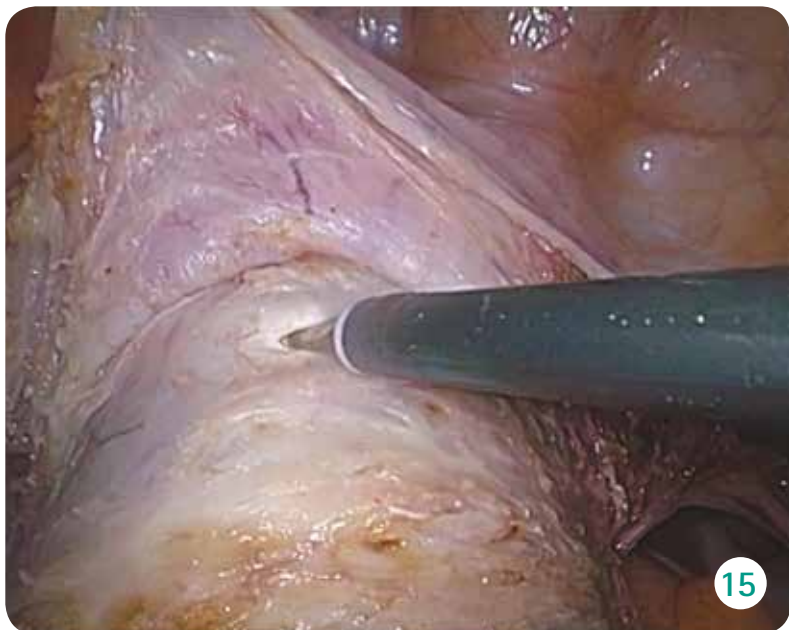




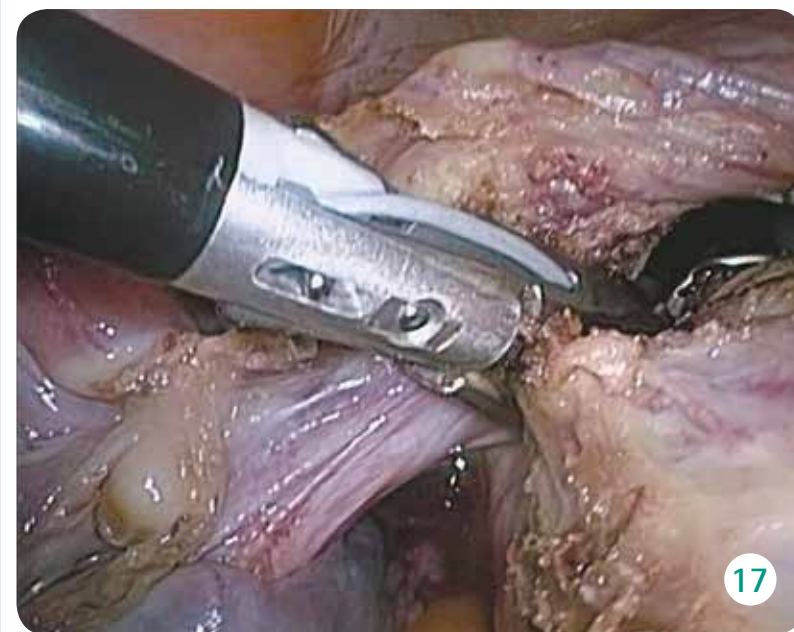
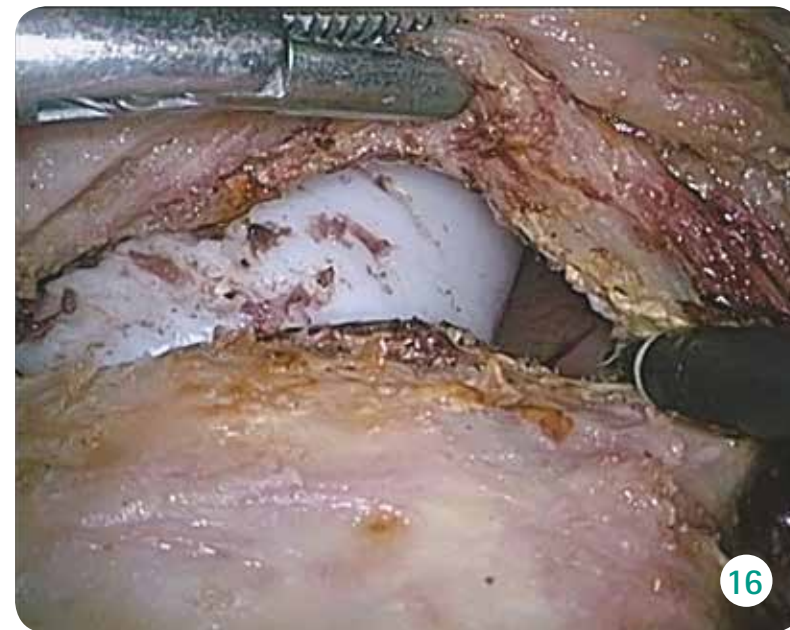
Отсекается влагалищная порция шейки матки от влагалища с обеих сторон (фото 11 и 12).



Пересекаются и отсепаровываются вниз крестцово-маточные связки с обеих сторон (фото 13 и 14).



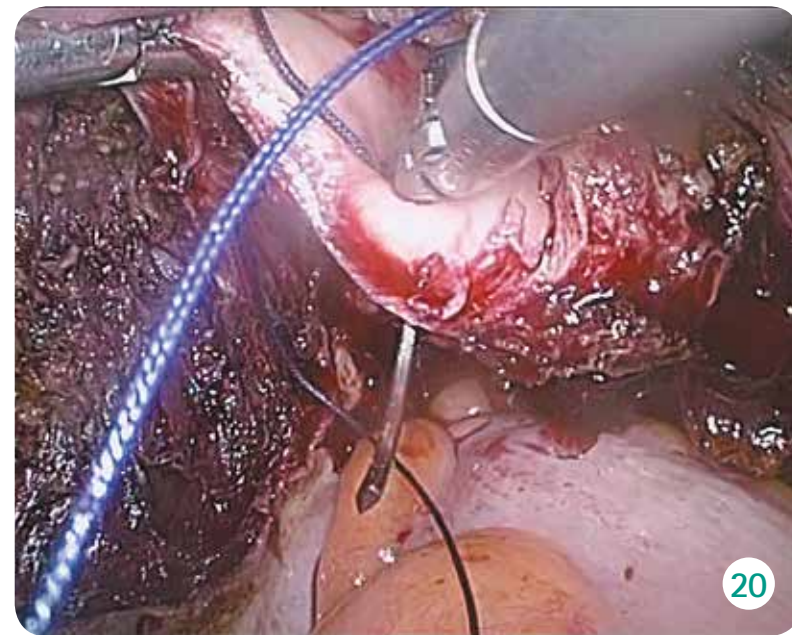
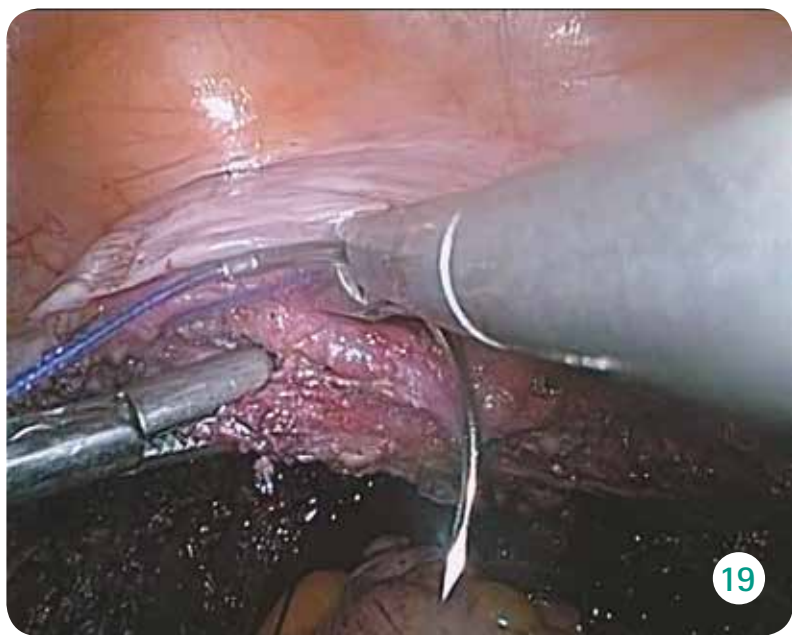
Вскрывается влагалище по передней стенке (фото 15).



Особо тщательно обрабатываются правый и левый углы влагалища (фото 16 и 17).



Препарат (матка с придатками) помещается в специальный контейнер и извлекается через влагалище (фото 18).



Культя влагалища ушивается с захватом передней и задней стенок (фото 19, 20, 21). Брюшная полость дренируется через левую подвздошную область.

ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ТЕЛА МАТКИ

Сегодня нет единого мнения относительно необходимости и объемов лимфаденэктомии. Считается, что она не нужна при IA стадии и отсутствии неблагоприятных факторов и нужна (но неясно, в каком объеме) при наличии неблагоприятных факторов.

Прежде всего, встает вопрос об объеме лимфаденэктомии при раке тела матки: селективная или тотальная; тазовая или тазовая + парааортальная; если парааортальная, то до какого уровня — до нижней брыжеечной артерии или до почечных вен? Как влияет лимфаденэктомия на выживаемость больных раком тела матки? Установлено, что 16% больных раком тела матки имеют изолированные парааортальные метастазы; 77% парааортальных метастазов располагаются выше нижней брыжеечной артерии; а у 51% больных с метастазами в лимфоузлы имеется сочетанное поражение тазовых и парааортальных лимфоузлов (A. Mariani et al., *Gynecologic oncology* 109 (2008) p. 11–8). Кроме того, метаанализ 15816 больных раком тела матки (2 рандомизированных и 7 ретроспективных исследований) не выявил влияния тотальной лимфаденэктомии и парааортальной лимфаденэктомии на общую выживаемость данной категории больных (H. Kim et al., *Gynecologic oncology* 116 (2010) s166).

МИФЫ И РЕАЛИИ ЛАПАРОСКОПИИ В ОНКОЛОГИИ

Существует множество мифов относительно небезопасности лапароскопического метода в лечении онкологических больных. Попробуем разобраться с некоторыми из них. Миф первый — это стимуляция опухолевого роста. Необходимо отметить, что миелосупрессии отмечается чаще после выполнения лапаротомии и в гораздо большей степени, чем при лапароскопии. Миф второй — формирование имплантационных метастазов в местах установки троакаров (1–2%, в основном при распространенном раке яичников, 0,4% — при раке шейки матки, 0,3% — при раке тела матки). Но и лапаротомный рубец также может поражаться опухолью. Кроме того, не нужно забывать, что имплантационные метастазы при раке яичников обладают такой же химиочувствительностью, как и перитонеальные метастазы.

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ИМПЛАНТАЦИОННЫХ МЕТАСТАЗОВ

Прежде всего, это использование низкого давления (не > 10–12 мм рт. ст.), хорошая фиксация троакаров, опорожнение брюшной полости от CO₂ перед извлечением троакаров, коагуляция маточных труб в начале операции для предотвращения возможной диссеминации опухолевых клеток из матки, удаление препарата с помощью пластиковых контейнеров и, наконец, инстилляционная бетадина, гепарина, хлоргексидина.

ПЛЮСЫ И МИНУСЫ ЛАПАРОСКОПИИ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

В заключение позвольте коротко оценить плюсы и минусы видеохирургии в лечении онкогинекологической патологии. К первым прежде всего следует отнести хорошую визуализацию органов брюшной полости с учетом многократного увеличения современной оптико-волоконной техникой, малую травматичность лапароскопии, а, значит, и короткую госпитализацию, раннее восстановление, в т. ч. и функции кишечника, меньшее количество анальгетиков и антибиотиков и т. д., хороший косметический эффект и раннее начало химио- или лучевой терапии, что немаловажно в лечении онкопатологии.

К минусам лапароскопии можно отнести большой период обучения специалистов, необходимость относительно дорогостоящего оборудования, консерватизм онкогинекологов, «воспитанных» на открытых операциях и, наконец, недостаток проспективных рандомизированных исследований.



Aesculap® EinsteinVision®

Инновационная разработка в области эндоскопического оборудования — высочайшее качество 3D Full HD визуализации

Лапароскопия в 3D —
преимущества очевидны!

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

AESCULAP®

- **Новые технологии визуализации в лапароскопии**
Высочайшее качество 3D-визуализации в хирургии хорошо известно пользователю благодаря развитию робот-ассистированной лапароскопии. Теперь Aesculap предлагает систему 3D-визуализации и для традиционной лапароскопии — **Einstein Vision®**.
- **Высокая эффективность**
Стандарт изображения Full HD в сочетании с новейшими разработками в области 3-мерной передачи данных обеспечивает — оптимальную координацию глаз и рук хирурга; — высокий уровень концентрации внимания на протяжении всей операции.
- **Прецизионная точность движений и манипуляций**
Точный захват деликатных структур и позиционирование иглы при наложении шва, прецизионная диссекция тонких структур и тканей позволяют хирургу стабильно достигать превосходных результатов операции.

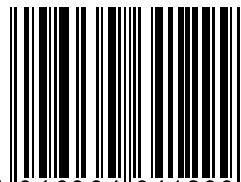
B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Авторский коллектив выражает признательность компании **B. Braun Medical**, при спонсорской и технической поддержке которой выпущено данное издание.

 **AESCULAP®**

Для проведения операции, иллюстрирующей этот атлас, использовались эндоскопическое оборудование и инструменты, произведенные подразделением **Aesculap®** компании **B. Braun**

BMR-C-700108



4 0 4 6 9 6 4 6 4 1 2 9 9