

СРР на тему:
**Эндовидеолапароскопически
е вмешательства при
опухолях женской
мочеполовой системы.**

Выполнила: Болтабаева С.Сю

146гр.АиГ

- За последние два десятилетия в практику оперативной гинекологии широко внедрилась эндоскопическая хирургия. Развитие этой методики позволяет в настоящее время выполнять практически любую гинекологическую операцию по поводу доброкачественной патологии внутренних гениталий путем лапароскопического вмешательства.
- Внедрение в клиническую практику малоинвазивной эндоскопической техники способствует более раннему выявлению злокачественного заболевания, точному установлению стадии его развития (и, соответственно, проведению адекватного лечения), дает возможность выполнять радикальное или паллиативное (в том числе и циторедуктивное) хирургическое вмешательство с более быстрым послеоперационным восстановлением, что способствует раннему началу химиолучевого воздействия, а также позволяет проводить мониторинг за эффективностью проводимого лечения.
- Лапароскопический доступ имеет целый ряд существенных преимуществ перед традиционным: он обеспечивает лучшую визуализацию операционного поля за счет достаточного освещения и оптического увеличения, что в свою очередь позволяет лучше дифференцировать границы тканей, проводить прицельную биопсию, более тщательно осуществлять остановку кровотечения, меньше травмировать окружающую ткань. В то же время лапароскопия является в определенной степени «виртуальной» хирургией, которая практически полностью зависит от правильной работы аппаратуры.

- В онкогинекологии в настоящее время лапароскопия может использоваться при раке шейки матки, раке эндометрия, раке яичника и раке вульвы. Однако при каждой из этих локализаций злокачественного процесса лапароскопия имеет строго отведенное ей место.
- Так, при всех вышеперечисленных формах рака лапароскопический доступ может применяться для точного хирургического установления стадии заболевания путем ревизии брюшной полости, забрюшинного пространства, широкой лимфодиссекции, биопсии подозрительных участков. При раке эндометрия лапароскопически может быть выполнена и радикальная операция – тотальная лапароскопическая пангистерэктомия в сочетании с тазовой лимфаденэктомией, а при раке шейки матки – лапароскопическая расширенная гистерэктомия тип III по M. Piver (лапароскопический аналог операции Вертгейма)

- Ранее в некоторых клиниках Европы при лечении рака шейки матки в протоколы лечения входила лапароскопическая тазовая лимфаденэктомия с одновременной расширенной влагалищной гистерэктомией по Шаута-Амрейху. Проведение лучевой терапии зависело от состояния удаленных лимфатических узлов.
- При раке вульвы лапароскопический доступ используется для выполнения тазовой лимфаденэктомии с целью точного хирургического установления стадии заболевания или же как первый этап радикального хирургического лечения. Особое значение это имеет при уже выявленном поражении илеофemorальных лимфатических узлов.
- При раке яичника, помимо уже перечисленных целей, лапароскопия может применяться для выполнения циторедуктивной операции, а также для контроля (возможно, многократного) за эффективностью проводимой адьювантной терапии – second-look лапароскопия, в том числе с использованием специальной канюли для так называемой «динамической лапароскопии».

- В случае пограничных опухолей или рака яичника лапароскопия позволяет точно установить стадию заболевания и выбрать соответствующее лечение. Во время лапароскопического вмешательства проводится системная ревизия органов брюшной полости, оценивается состояние лимфатических узлов. В начале операции с особой тщательностью осматривается вся поверхность париетальной и висцеральной брюшины, особенно диафрагма, диафрагмальная поверхность печени, осуществляется забор перитонеальной жидкости или смывов из брюшной полости для последующего цитологического исследования. Из всех подозрительных участков брюшины выполняется биопсия (включая биопсию или соскоб с диафрагмы). Кроме того, при использовании лапароскопического доступа возможно удаление большого сальника на уровне поперечно-ободочной кишки.
- Выполненные в США исследования у больных раком яичников (E. Surwit и J. Childers) продемонстрировали огромные возможности лапароскопии в обнаружении микроскопического злокачественного поражения в областях высокого риска: на тазовой брюшине, на большом сальнике, в тазовых и парааортальных лимфатических узлах, в смывах из брюшной полости.

- При пограничных опухолях или раке яичника удаление придатков матки или резецированной ткани сохраняемого яичника проводится с соблюдением всех правил абластики с использованием пластиковых эндоскопических контейнеров, в которые помещаются придатки перед их удалением, что предотвращает диссеминацию возможного злокачественного процесса при нарушении целостности капсулы опухоли. Извлечение пластикового контейнера из брюшной полости проводится через троакар 10–12 мм или через заднее кольпотомное отверстие, которое затем зашивается эндоскопическим восьмиобразным швом.
- По мнению многих ведущих авторов (D. Querleu, E. Surwit, J. Childers), надежность лапароскопического доступа при выполнении лимфаденэктомии у онкогинекологических больных не уступает таковой при чревосечении при условии выполнения операции опытным хирургом-эндоскопистом, владеющим традиционными хирургическими доступами, при соблюдении основных принципов онкохирургии.
- Недавние разработки в технике и методике лапароскопических вмешательств позволили расширить зону выполнения лимфаденэктомии на область общих подвздошных сосудов и, таким образом, в настоящее время имеется возможность проводить полную тазовую лимфаденэктомию. Кроме того, при раке яичника верхней границей лапароскопической парааортальной лимфодиссекции является правая почечная вена. Однако не всем онкогинекологическим больным показана радикальная тазовая лимфаденэктомия, а при начальных стадиях рака шейки матки (IA2 и IB1 стадиях) рекомендуется только подвздошная лимфаденэктомия (D. Dargent).

- Молодым женщинам, страдающим раком шейки матки, при выполнении радикальной операции лапароскопическим доступом целесообразно проводить транспозицию обоих яичников вверх в латеральные каналы брюшной полости – удалять их из области последующего лучевого воздействия с целью сохранения их гормонопродуцирующей функции. Причем, на яичники после их транспозиции следует накладывать рентгеноконтрастные скобки для их дальнейшей рентгенологической визуализации.
- У молодых нерожавших женщин при микроинвазивном раке шейки матки и даже при наличии выраженной инвазии (стадии IV и IVA) лапароскопический доступ для выполнения тазовой лимфаденэктомии в сочетании с влагалищной радикальной трахелэктомией позволяют сохранять репродуктивную функцию. В литературе описаны более 250 подобных операций, причем в 40% случаев после операции наступила беременность. Следует отметить, что в 3,1% случаев отмечен рецидив заболевания.

- К особенностям выполнения лапароскопических операций в онкогинекологии следует отнести неукоснительное соблюдение правил абластики. Так, в ходе выполнения лапароскопической лимфаденэктомии все удаленные лимфатические узлы вне зависимости от наличия или отсутствия признаков их опухолевого поражения должны быть абластично извлечены из брюшной полости без контакта с передней брюшной стенкой. С этой целью используются эндоскопические пластиковые контейнеры, которые изолируют удаленные лимфоузлы, 10 мм или 12 мм троакары, а также специальный эндоскопический инструмент - целиоэкстрактор (D. Dargent).