

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель Министра

Е.Л. Богдан

« 07 » сентября 2020 г.

Регистрационный № 116-1120



**МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ  
IIВ-IV СТАДИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ  
РЕГИОНАРНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ**  
(инструкция по применению)

**УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:** государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской  
радиологии им. Н.Н. Александрова»

**АВТОРЫ:** Доломанова Е.В., к.б.н. Евмененко А.А., д.м.н. Мавричев С.А.

Минский р-н, 2020

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ  
Заместитель министра

\_\_\_\_\_  
07.12.2020 Е. Л. Богдан  
Регистрационный № 116-1120

**МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ  
IIВ–IV СТАДИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ  
РЕГИОНАРНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический  
центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова»

АВТОРЫ: Е. В. Долманова, канд. биол. наук А. А. Евмененко, д-р мед. наук,  
проф. С. А. Мавричев

Минск 2020

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод комплексного лечения рака яичников II–IV стадий с применением систематической регионарной лимфодиссекции, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на лечение пациентов, страдающих распространенным раком яичников. Использование данного метода позволит повысить эффективность лечения пациентов, страдающих распространенным раком яичников путем удаления невизуализируемых метастазов в тазовых и забрюшинных лимфоузлах, поражения которых по данным литературы составляет от 32 % при II стадии до 74 % при IV стадии и увеличить 5-летнюю выживаемость без прогрессирования.

Настоящая инструкция предназначена для врачей – онкологов-хирургов и иных врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам, страдающим распространенным раком яичников, в стационарных условиях.

### **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

1. Белье операционное.
2. Стандартный хирургический набор инструментов при онкогинекологических операциях.
3. Шовный материал, в т. ч. абсорбируемый.
4. Набор хирургических инструментов и шовный материал для наложения сосудистого шва.
5. Циркулярный и линейный сшивающие аппараты при выполнении этапа резекции ректосигмоидного отдела ободочной кишки.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Рак яичников II–IV стадий (по результатам интраоперационного гистологического исследования биопсии яичников или брюшины при диагностической лапароскопии или лапаротомии).

Условия для применения:

- возможность макроскопически полного удаления опухоли;
- удовлетворительное общее состояние: ECOG 0/1(100-70 % по шкале Карновского);
- отсутствие метастазов в тазовых и забрюшинных лимфоузлах по данным дооперационного инструментального обследования и интраоперационной ревизии.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

Заболевания и патологические состояния в стадии декомпенсации

### **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

Метод комплексного лечения с применением циторедуктивных операций и систематической регионарной лимфодиссекции может быть использован при распространенном раке яичников, начиная со II стадии. Состоит из 2-х основных

частей: первичной циторедукции с систематической регионарной лимфодиссекцией и послеоперационной стандартной химиотерапии с использованием препаратов платины и таксанов. При планировании операции специальной предоперационной подготовки не требуется. Оперативное вмешательство выполняют в асептических условиях под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов и искусственной вентиляции легких в горизонтальном положении пациента на спине. Хирургическая часть включает в себя несколько этапов.

### **Этап 1. Подготовительный**

1.1. Выполняют тотальную лапаротомию от лона до мечевидного отростка.

1.2. Проводят ревизию органов малого таза, брюшной полости, забрюшинных лимфоузлов, оценивают возможность выполнения полной циторедуктивной операции.

1.3. Пациента переводят в положение Тренделенбурга.

### **Этап 2. Первичная циторедукция**

2.1. Мобилизуют брюшину передней брюшной стенки и боковых стенок таза, электроножом брюшину отделяют от поперечной фасции и прямых мышц до поясничных мышц и параметриев (круглые маточные связки пересекаются внебрюшинно).

2.2. Рассекают брюшину над воронко-тазовыми связками. Яичниковые сосуды пересекают и лигируют внебрюшинно под контролем хода мочеточников. Мочеточники отделяют от брюшины.

4.2.3. Мобилизуют брюшину мочевого пузыря до передней поверхности матки. Выполняют ретроградную гистерэктомию, выполняют ушивание влагалища.

2.4. Мобилизуют брюшину дугласова кармана. Препарат, состоящий из матки, придатков, опухолевых масс, брюшины таза удаляют единым блоком. В случае вовлечения в опухолевый процесс ректосигмоидного отдела толстой кишки, выполняют резекцию кишки с формированием сигморектального анастомоза.

2.5. При поражении брюшины боковых каналов, электроножом брюшину отделяют от подлежащих тканей и стенок восходящей и нисходящей ободочных кишок в краниальном направлении.

2.6. При поражении брюшины правой гемидиафрагмы выполняют стриппинг с резекцией (без резекции) диафрагмы:

2.6.1 мобилизуют печень. Пересекают серповидную, круглую (связку пересекают и лигируют), венечную и треугольные связки. Дополнительно выполняют ревизию диафрагмы и печени для идентификации правой печеночной вены и места выхода диафрагмальных нервов;

2.6.2 намечают края резекции диафрагмальной брюшины. Латеральный край брюшины фиксируют окончатым зажимом. Электроножом отделяют брюшину от подлежащих тканей в направлении от латерального края медиально и снизу вверх. Мобилизуют брюшину, покрывающую фасцию Герота над правой почкой и надпочечником. Мобилизация этой части брюшины снизу вверх уменьшает риск травмы надпочечников. В случае невозможности отделить

опухолевоизмененную брюшину от мышц, выполняют резекцию диафрагмы со вскрытием плевральной полости. Дефект в диафрагме после полнослойной резекции ушивают узловыми швами нитью толщиной от 0 до 2. На форсированном вдохе завязывают последнюю лигатуру. Дренажное не выполняют. После ушивания может быть проведен пузырьковый тест для идентификации любого возможного дефекта в диафрагме. Удаление брюшины левой гемидиафрагмы выполняют идентично.

2.7. Выполняют тотальную оментэктомию. При поражении селезенки выполняют спленэктомию. Для достижения полной циторедукции (отсутствие видимых очагов опухоли) могут быть выполнены и другие объемы операции: дистальная панкреатэктомия, удаление опухолевых узлов брыжейки тонкой кишки с (без) ее резекции, аппендэктомия, правосторонняя, левосторонняя гемиколэктомия.

### **Этап 3. Регионарная ЛАЭ**

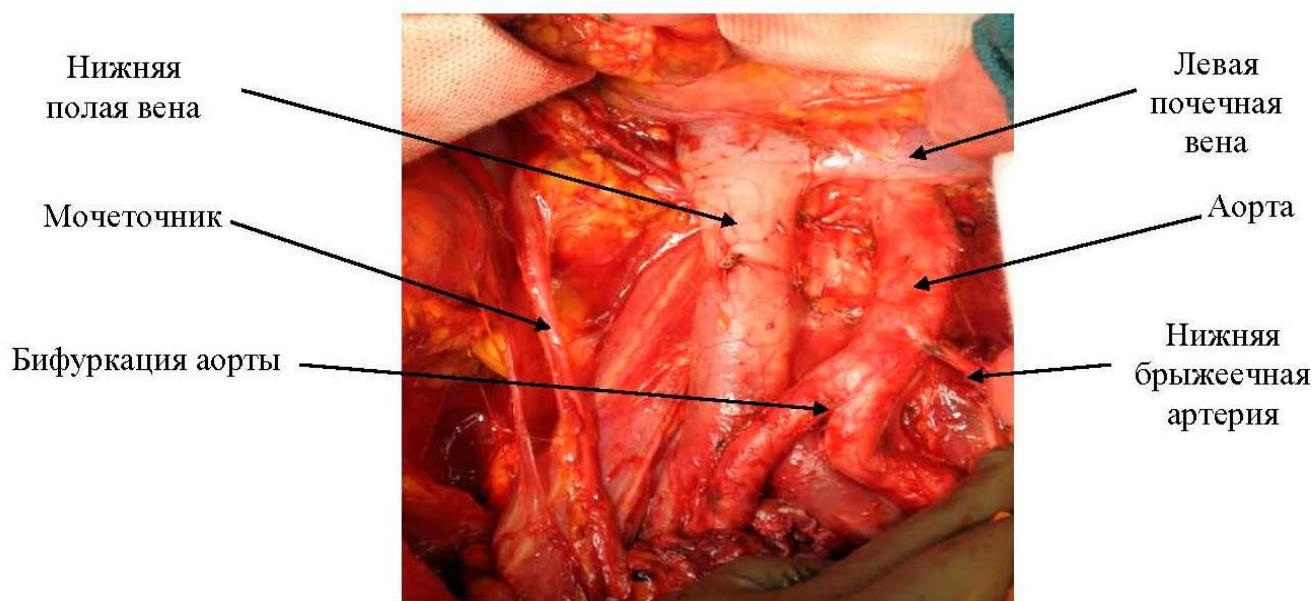
3.1. Выполняют 2-стороннюю тазовую ЛАЭ с удалением общих, наружных и внутренних подвздошных, obturatorных лимфоузлов.

3.2. Завершающим этапом выполняют забрюшинную инфраренальную ЛАЭ. Границами забрюшинной лимфаденэктомии являются: верхняя граница — почечные вены, латеральная граница — мочеточники:

3.2.1 слепую, восходящую ободочную кишку мобилизуют краниально. Мобилизуют сигмовидную и нисходящую ободочную кишку до селезеночного изгиба. Петли тонкой кишки заворачивают во влажную пленку и извлекают из брюшной полости. Рассекают париетальный листок брюшины корня брыжейки над аортой и нижней полой веной по направлению от правых подвздошных сосудов до связки Трейтца. Брюшину отделяют в краниальном направлении до двенадцатиперстной кишки;

3.2.2 после визуализации правого мочеточника выполняют диссекцию тканей над нижней полой веной, удаляют клетчатку с лимфоузлами латеральнее нижней полой вены (паракавальная группа), снизу вверх. Пересекают, лигируют правую яичниковую вену в месте впадения в нижнюю полую вену. Лимфоузлы удаляют до уровня правой почечной вены. Удаляют интераортакаральные лимфоузлы под контролем поясничных сосудов, которые после выделения могут быть сохранены или лигированы. Лимфодиссекция выполняется в краниальном направлении до левой почечной вены;

3.2.3 при выполнении парааортальной лимфодиссекции необходимо идентифицировать гипогастральный нерв, нижнюю брыжеечную артерию. Лимфодиссекцию выполняют слева, по ходу аорты сверху вниз. Удаляют клетчатку, расположенную спереди, слева и сзади от аорты. Лимфатические сосуды клипируют либо лигируют. Необходимо тщательно перевязывать лимфатические сосуды между аортой и нижней полой веной на уровне правой почечной артерии, где начинается грудной лимфатический проток.



**Рисунок — Объем удаляемых лимфоузлов**

#### **Этап 4. Заключительный**

Контроль гемостаза и дренирование таза. Швы накладывают на брюшину и апоневроз в верхней и средней/3 послеоперационной раны в случае тазовой перитонэктомии и на апоневроз при тотальной перитонэктомии, далее ушивают подкожную клетчатку и кожу.

Послеоперационное наблюдение стандартное, как после плановых хирургических вмешательств при онкогинекологических операциях с выполнением регионарной лимфодиссекции и перитонэктомии.

### **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

#### **Интраоперационные**

1. На этапе мобилизации брюшины мочевого пузыря, прямой кишки — ранение полых органов — ушивание травмированного органа.

2. На этапе мобилизации париетальной брюшины и выделения мочеточника — повреждение мочеточника — формирование уретеронеоцистанастомоза, уретероуретероанастомоза.

3. На этапе тазовой и забрюшинной лимфодиссекции — ранение или повреждение магистральных сосудов — наложение сосудистого шва.

#### **Послеоперационные**

1. Дисфункция и инфекция мочевыводящих путей — своевременная диагностика и консервативное лечение.

2. Гипопротеинемия и анемия — консервативное лечение.

3. Лимфоррея — консервативное лечение.

4. Формирование лимфокист — консервативное лечение или дренирование под контролем УЗИ.