

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневич

27 ноября 2014 г.

Регистрационный номер № 111-1014

**МЕТОД РАДИКАЛЬНОЙ ВАГИНАЛЬНОЙ
ТРАХЕЛЭКТОМИИ В ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ
РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

АВТОРЫ: к.м.н. Матылевич О.П., к.м.н. Мавричев С.А.,
к.м.н. Костевич Г.В.

Минск, 2014

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневич

27.11.2014

Регистрационный № 111-1014

**МЕТОД РАДИКАЛЬНОЙ ВАГИНАЛЬНОЙ ТРАХЕЛЭКТОМИИ
В ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

инструкция по применению

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

АВТОРЫ: канд. мед. наук О.П. Матылевич, канд. мед. наук С.А. Мавричев, канд.
мед. наук Г.В. Костевич

Минск 2014

Настоящая инструкция по применению (далее — инструкция) разработана для врачей-онкологов, врачей-акушеров-гинекологов, врачей-репродуктологов и других врачей-специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациенткам репродуктивного возраста, страдающих ранним раком шейки матки (далее — РШМ).

Радикальная вагинальная трахелэктомия представляет собой вариант функционально-щадящего хирургического лечения пациенток с ранними формами инвазивного РШМ, позволяющий сохранить фертильность, менструальную функцию и улучшить качество жизни женщин данной категории.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Гистологически подтвержденный рак шейки матки (по результатам биопсии или конизации шейки матки) плоскоклеточной или аденогенной структуры.

2. Стадии РШМ по FIGO: IA1 (с инвазией лимфоваскулярного пространства), IA2, IB1 с максимальным размером опухоли 2,0 см и менее.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Нейроэндокринный либо другие редкие гистотипы опухоли шейки матки.

2. Стадия РШМ по FIGO IB1 с максимальным размером опухоли более 2,0 см.

3. Метастатическое поражение лимфоузлов таза.

4. Первично-множественный рак.

5. Полифакторная аллергия.

6. Клинически выраженная церебральная дисфункция или тяжелые психические заболевания (эпилепсия, тяжелая депрессия, шизофрения).

7. Беременность и лактация.

8. Неконтролируемая тяжелая гипертензия, гипертензия с систолическим давлением >180 мм рт. ст. и/или с диастолическим давлением >110 мм рт. ст., ортостатическая гипотензия.

9. Почечная и/или печеночная недостаточность.

10. Алкогольная и/или наркотическая зависимость.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Укомплектованность медицинского учреждения стандартным диагностическим и хирургическим оборудованием.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Операция предполагает использование двух этапов:

1) выполнение тазовой лимфаденэктомии;

2) удаление шейки матки, парацервикальной клетчатки и влагалищной манжетки.

После типичного выполнения двусторонней тазовой лимфаденэктомии лимфатические узлы исследуются морфологически. В случае отсутствия их

метастатического поражения пациентка переводится в положение для выполнения влагалищных операций.

Вагинальный доступ включает 6 основных этапов:

- 1 этап — подготовка и рассечение влагалищной манжетки;
- 2 этап (задний) — открытие ретроцервикального пространства;
- 3 этап (передний) — вскрытие пузырно-маточного и паравезикального пространств;
- 4 этап (латеральный) — резекция параметриев;
- 5 этап — отсечение макропрепарата;
- 6 этап — реконструктивная фаза.

1-й этап. Отступив от шейечно-влагалищного соединения 2,0 см, слизистая влагалища по периметру захватывается прямыми зажимами Кохера (5–8). В подслизистый слой вводится 40–50 мл стерильного раствора адреналина, приготовленного путем разведения 1 мл 0,1%-го адреналина гидрохлорида в 100 мл физиологического раствора (0,9% NaCl). Затем слизистая влагалища циркулярно рассекается, после чего острым и тупым путем смещается кверху (рис. 1).

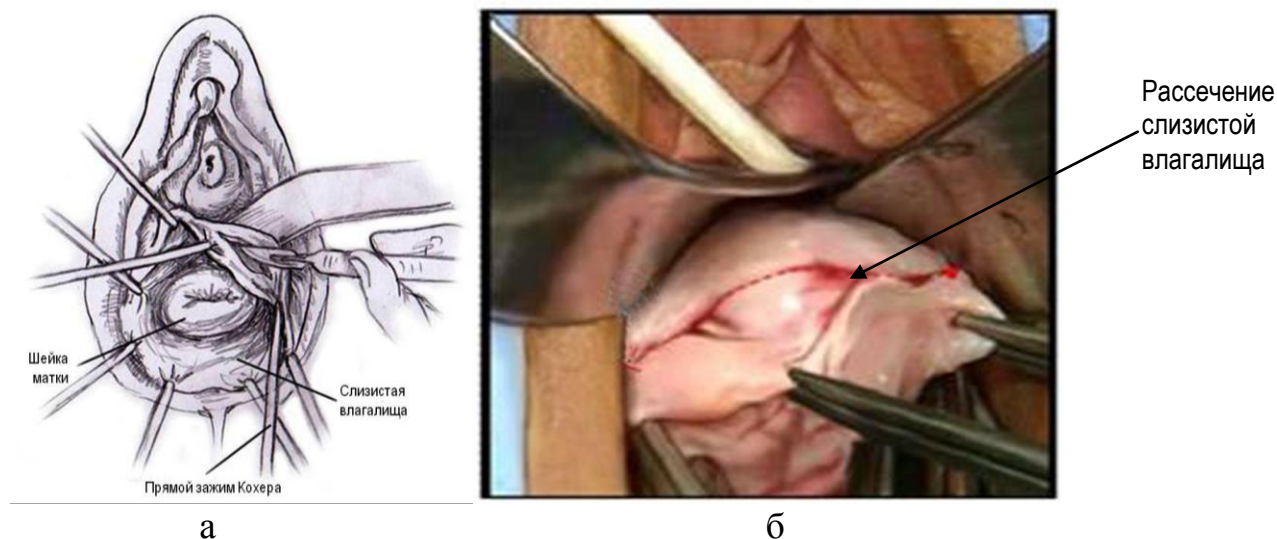
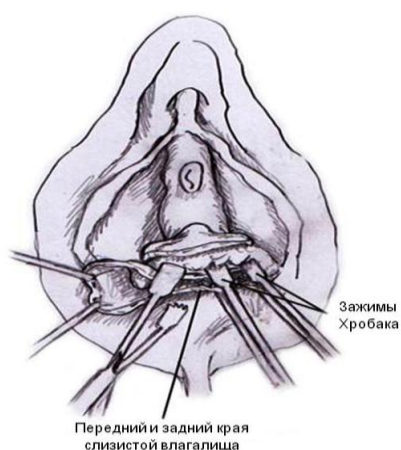


Рисунок 1 — Рассечение влагалищной манжетки: а — схема; б — фото

Передний и задний края слизистой влагалища захватываются зажимами, формируя футляр для влагалищной порции шейки матки (рис. 2).



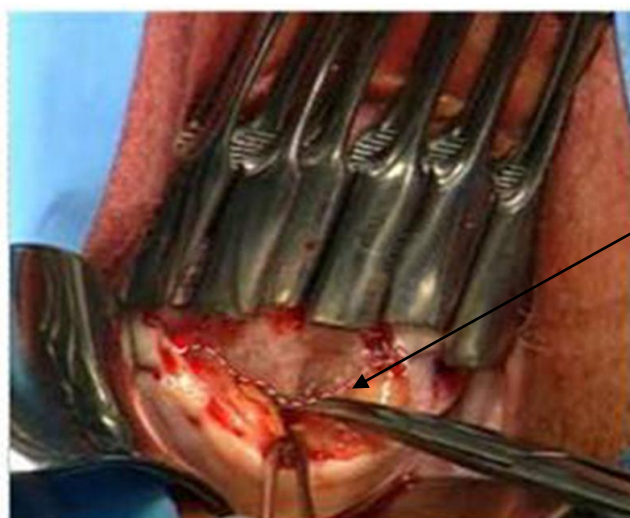
а



б

**Рисунок 2 — Наложение зажимов на передний и задний влагалищные края:
а — схема; б — фото**

2-й этап. После вскрытия и рассечения паракольпоса открывается параректальное пространство, выделяются и рассекаются маточно-крестцовые связки (рис. 3).



Линия вскрытия
ретроцервикального
пространства

Рисунок 3 — Вскрытие ретроцервикального пространства

3-й этап. Вскрываются пузырно-маточное и паравезикальное пространства (рис. 4, 5).

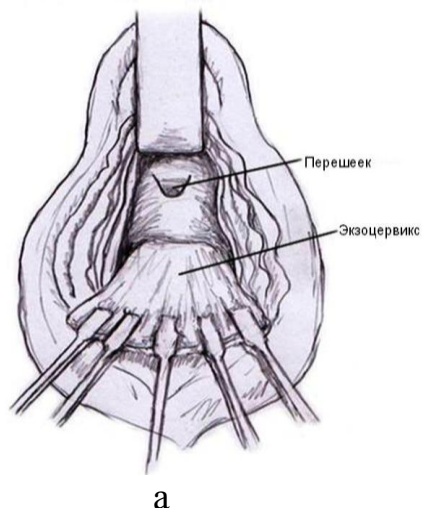


Рисунок 4 — Вскрытие пузырно-маточного пространства: а — схема; б — фото

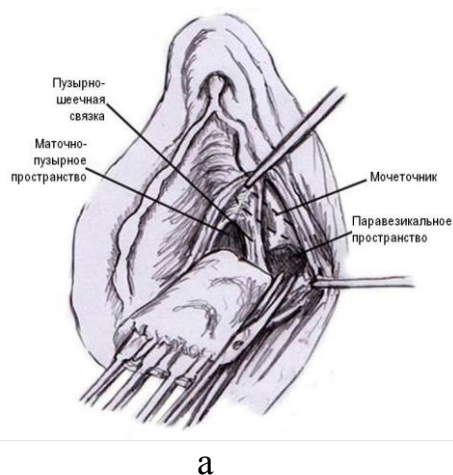
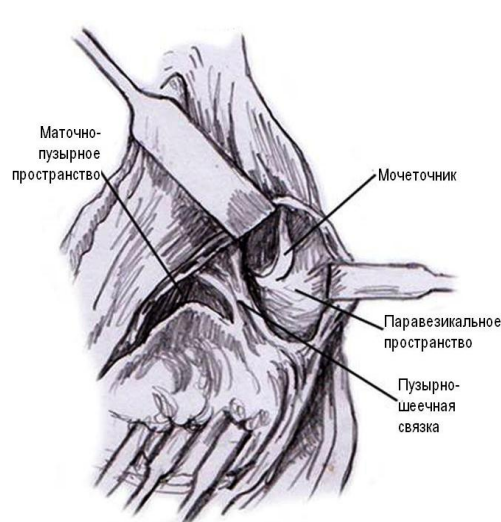


Рисунок 5 — Вскрытие паравезикального пространства: а — схема; б — фото

Мочеточники фиксируются мягкими зажимами и выделяются путём рассечения кардинальных связок (рис. 6, 7).

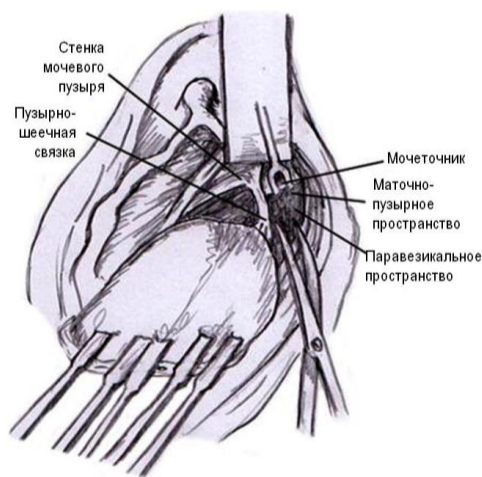


а

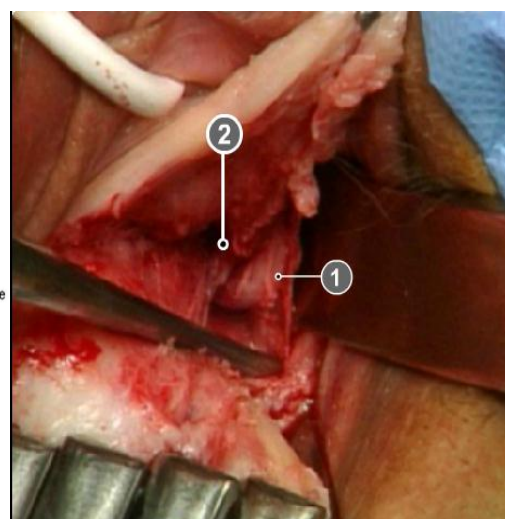


б

Рисунок 6 — Выделение маточно-пузырного и паравезикального пространств, идентификация левого мочеточника: а — схема; б — фото



а



б

Рисунок 7 — Рассечение пузырно-маточных связок: а — схема; б — фото (1 — фрагмент мочеточника; 2 — стенка мочевого пузыря)

После идентификации и выделения мочеточника открывается доступ к маточным сосудам и выполняется **4-й этап** — резекция параметриев с обеих сторон (рис. 8).

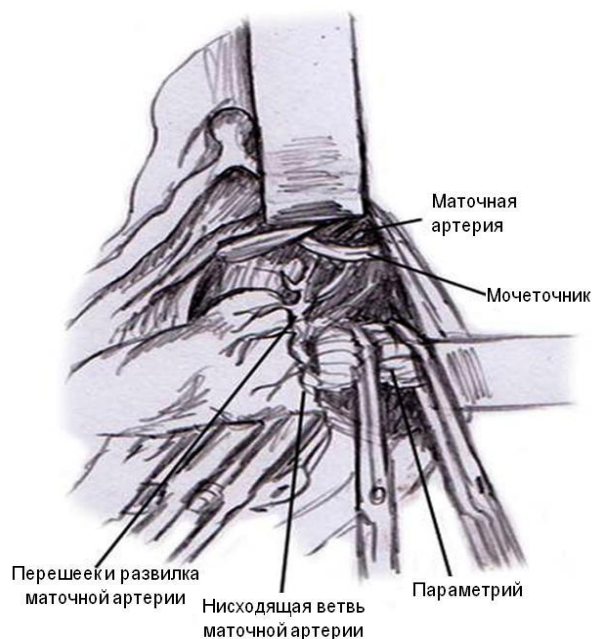


Рисунок 8 — Резекция параметрия слева

Для максимального сохранения маточного кровообращения рассекаются и лигируются только нисходящие ветви маточных артерий (рис. 9). Также клеммируются и рассекаются шейчно-влагалищные артерии.

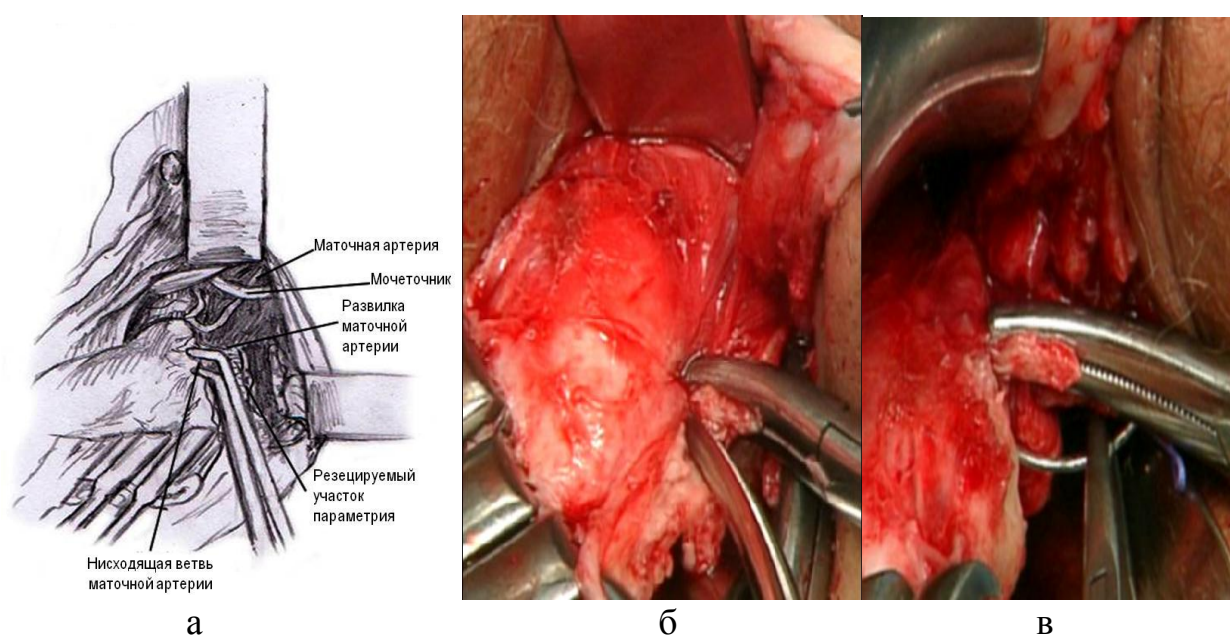


Рисунок 9 — Выделение нисходящей ветви маточной артерии слева, лигирование и рассечение: а — схема; б, в — фото)

5-й этап. Шейка матки отсекается на 1,0 см дистальнее внутреннего зева (рис. 10).

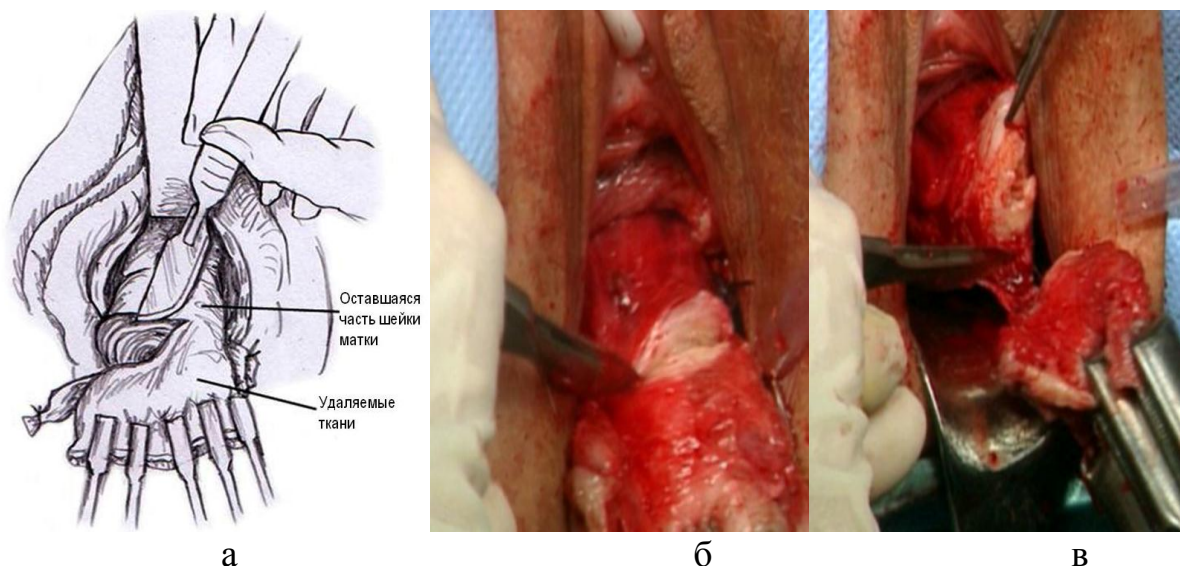
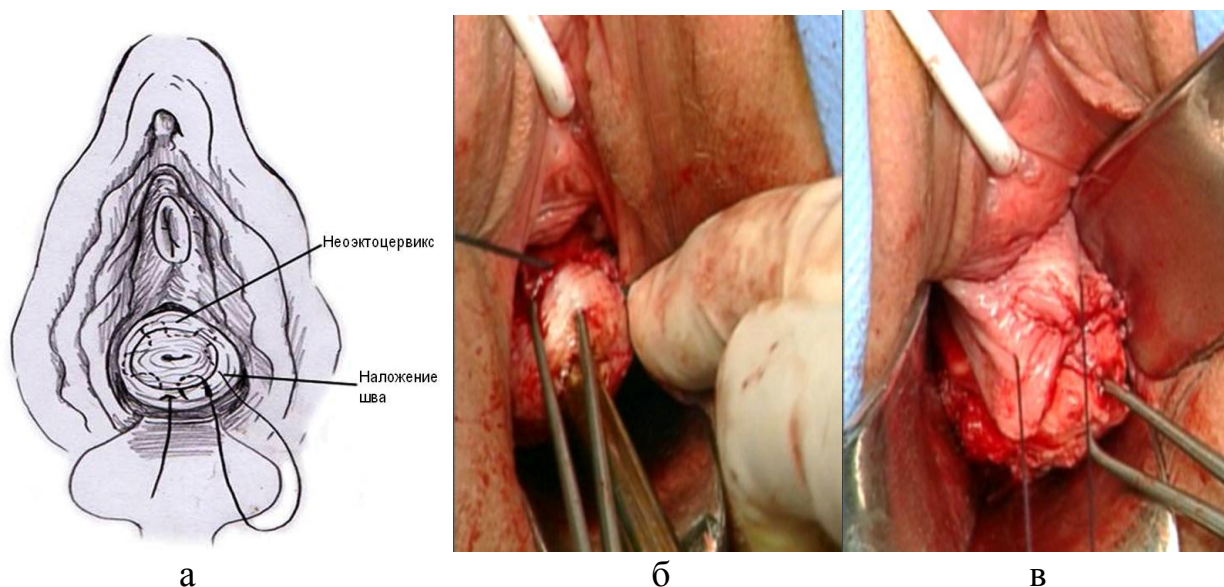


Рисунок 10 — Отсечение шейки матки: а — схема; б, в — фото

Заключительной фазой операции является **6-й этап**, когда слизистая влагалища пришивается по периферии к культе шейки матки без ее укрытия (рис. 11).



**Рисунок 11 — Фиксация слизистой влагалища к неоцервиксу:
а — схема; б, в — фото**

Сроки и объем послеоперационного наблюдения

Послеоперационное наблюдение осуществляется индивидуально с учетом имеющихся осложнений, сочетания определенных прогностических факторов и перспектив реализации репродуктивного потенциала.

Плановое обследование проводится 1 раз в 3 мес. в течение первых 2-х лет, 1 раз в 6 мес. в течение последующих 3-х лет и включает: общий осмотр, кольпоскопию, цитологическое исследование, ВПЧ-тест (качественный и

количественный), гинекологический осмотр, ректовагинальное исследование, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, МРТ органов малого таза. В последующем обследование проводится 1 раз в год в том же объеме.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Интраоперационные:

- 1) на этапе лимфодиссекции — ранение подвздошных сосудов, петель кишечника, мочеточников и нервных сплетений таза;
- 2) во время вагинального доступа — травма мочевого пузыря и прямой кишки; повреждение мочеточников и восходящих ветвей маточных артерий;
- 3) формирование забрюшинных гематом таза, стенок влагалища, наружных половых органов.

Послеоперационные:

- 1) стеноз цервикального канала;
- 2) гнойно-септические осложнения, хронические эндоцервициты, хронические кольпиты;
- 3) формирование тазовых лимфокист, лимфедем нижних конечностей, вульведем;
- 4) дисменорея;
- 5) диспареуния;
- 6) нарушение менструальной функции (гипоменструальный синдром, аменорея, альгодисменорея);
- 8) дисфункция мочевыводящих путей;
- 9) инфекция мочевыводящих путей;
- 10) развитие синдрома хронических тазовых болей;
- 11) истмико-цервикальная недостаточность во время беременности, невынашивание беременности, бесплодие;
- 12) неврологические кожно-мышечные симптомы.