

ЛІМФОЦЕЛЕ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ТАЗОВОЇ ЛІМФАДЕНЕКТОМІЇ: ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА

Р.М. Молчанов, Є.В. Пілін

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Вступ. Радикальна простатектомія є найбільш ефективним дефінітивним методом лікування локалізованого раку передміхурової залози. Крім того, вона використовується як етап мультимодального лікування локально поширеного пухлинного процесу. Важливим питанням у плануванні лікування є визначення необхідності виконання лімфаденектомії та її обсягу. У більшості публікацій дану процедуру розглядають з точки зору її діагностичної цінності. У той же час деякі автори відзначають пряму кореляцію між обсягом віддалених лімфатичних вузлів і такими показниками, як час до біохімічного рецидиву, безрецидивна і загальна виживаність. Відзначається важливість диференційованого підходу до виконання даної процедури, що пов'язано з частими можливими ускладненнями, які знижують якість життя пацієнтів і вимагають додаткових лікувальних процедур. Одним з найбільш поширених ускладнень тазової лімфаденектомії є лімфоцеле, яке розвивається в пізньому післяопераційному періоді.

Мета дослідження: оцінка ефективності профілактичних інтраопераційних процедур при виконанні позаочеревинної лапароскопічної радикальної простатектомії в комбінації з розширеною лімфаденектомією.

Матеріали і методи дослідження. У дослідження включено 132 хворих віком $65,4 \pm 7,2$ (M \pm G), прооперованих в період з 2013 до 2016 року в обсязі радикальної лапароскопічної простатектомії. 104 пацієнтам виконана розширена лімфаденектомія у відповідності з прогностичними критеріями D'Amico. У 48 пацієнтів з метою профілактики лімфоцеле виконувалося формування «вікон» у тазовій частині парієтальної очеревини для сполучення навколоміхурового простору з черевною порожниною. Діагностику лімфоцеле здійснювали з використанням трансабдомінального УЗ сканування, при необхідності використовували комп'ютерну томографію з в/венним контрастуванням.

Результати та їх обговорення. У 19 (18,3%) пацієнтів через 3–11 тижнів діагностовано лімфоцеле. У 16 лімфоцеле було безсимптомним і виявлено за допомогою ультразвукового сканування при черговому післяопераційному огляді. 5 хворих спрямовані онкорадіологом для лікування у зв'язку з запланованою променевою терапією. Обсяг лімфоцеле за даними УЗ сканування склав у середньому 64,6 мл (від 48 до 106 мл). 3 пацієнти звернулися в зв'язку з болями в клубовій ділянці, дизурією, асиметрією нижньої частини живота. Діагностовано лімфоцеле обсягом понад 300 мл, що поширюється на позаочеревинний простір, дані підтверджені за допомогою комп'ютерної томографії з внутрішньовенним контрастуванням.

При ретроспективному аналізі встановлено, що при трансперітонеальному оперативному втручанні, виконаному у 7 пацієнтів, лімфоцеле не спостерігалось. 14 випадків, у тому числі 2 симптоматичних, констатовано у пацієнтів після екстраперітонеального оперативного втручання. У групі з профілактичним розтином парієтальної очеревини – 5, з них 1 симптоматичний.

5 пацієнтам виконана пункція, дренажування порожнини лімфоцеле з введенням склерозуючого розчину. Показанням до видалення дренажу була відсутність виділень. У 3 випадках симптоматичного лімфоцеле проведена лапароскопічна марсупіалізація. Післяопераційний перебіг – без ускладнень.

Висновки

1. Лімфоцеле є частим ускладненням лімфаденектомії (18,3%) при екстраперітонеальному доступі.

2. Наявність сполучення навколоміхурового простору з черевною порожниною є фактором, що знижує ризики розвитку лімфоцеле.

3. Удосконалення критеріїв проведення розширеної лімфаденектомії при радикальній простатектомії є перспективним способом зниження частоти післяопераційних ускладнень.