

Дячук А. В., Шулико Л. А., Битюков Н. Н.,
Плахотников И. А., Крыса В. В.

ЦМСЧ № 122 ФМБА РФ,
Санкт-Петербург, Россия

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Актуальность проблемы. В настоящее время малоинвазивная хирургия в гинекологии заняла прочное место. Эндовидеохирургический доступ при лечении больных с опухолевыми образованиями яичников нами используется все чаще: в 58 % случаев — 2000 год, в 79 % — 2001 год, 89 % — 2002 год. Для успешного лечения женщин с данной патологией важно исключить злокачественный характер поражения яичников. На этапе скрининга пациенток мы традиционно учитываем возраст, данные бимануального исследования, критерии, полученные при УЗИ, КТ, величину онкомаркера СА-125.

Результаты исследования. За последние 3 года лапароскопические операции при доброкачественных опухолях яичников в нашей клинике выполнены 456 больным в возрасте от 16 до 69 лет. В диаметре опухоли варьировали от 3,0 до 20,0 см. Все плановые операции составили 90,9 % случаев, экстренные — 9,1 %. Все операции выполнялись под эндотрахеальной анестезией. Для манипуляций вводили до четырех 5 — 10 мм троакаров. Объем оперативного вмешательства определяли в соответствии с общепринятыми подходами к лечению образований яичников. Производили удаление придатков матки, удаление яичника, вылущивание кисты, резекцию яичника, санацию и дренирование при гнойно-воспалительном процессе, биопсию и пункцию опухоли. При уверенности в доброкачественном характере опухоли, как правило, выполняли органосохраняющие операции. В сомнительных случаях — отсылали материал на экспресс гистологию, после чего определяли тактику и объем вмешательства. Женщинам в мено- и постменопаузе, с учетом их согласия или желания, удаляли придатки матки. У 332 (73,8 %) больных манипуляции выполняли на

обоих придатках. У 149 (32,3 %) пациенток для доступа к яичникам, их выделения потребовалось рассекать различной степени выраженности спайки и сращения с большим сальником, петлями кишечника, мочевым пузырем, маткой. В связи с этим при эндометридных кистах яичников, при гнойно-воспалительных опухолях операции протекали с техническими особенностями. У 58 (12,7 %) больных операция на придатках сочеталась с удалением на матке 2–4 субсерозных фиброматозных узлов диаметром от 0,5 до 6,0 см. Одиннадцати женщинам совместно с хирургами выполнены симультантные операции: холецистэктомия и вмешательство на придатках матки. Гемостаз воронкотазовой связки, ложа яичника осуществляли, как правило, щипцами с моно- и биполярной коагуляцией, в редких случаях сосуды клеппировали и накладывали эндоскопический шов. Эвакуацию патологического материала производили с учетом принципов абластики, особенностей эндометриоза и состояния гнойно-некротических тканей. Чаще всего использовались эластичные «контейнеры». Для извлечения плотных образований больших размеров выполнялась задняя кольпотомия. Среди осложнений: коагуляционная травма мочевого пузыря у больной с эндометриозными кистами и спаечным процессом, релапароскопия и 3 конверсионные лапаротомии, обусловленные трудностями с гемостазом.

Вывод. Таким образом, эндоскопическая хирургия доброкачественных опухолей яичников является достаточным и надежным методом. Стационарное пребывание 1–2 дня в послеоперационном периоде, быстрая реабилитация и атравматичность внутренних половых органов для репродуктивной перспективы — делают его предпочтительным для качества жизни женщины.