

М.Н. Старцева

*Дорожная клиническая больница,
г. Красноярск*

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ДОРОЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. КРАСНОЯРСКА

Двадцатый век для хирургических дисциплин ознаменован открытием и внедрением в практику лапароскопических операций. Первая диагностическая лапароскопия датируется 1901 годом, ее произвел знаменитый российский акушер-гинеколог, профессор из Санкт-Петербурга Дмитрий Оскарович Отт. До 1930 года лапароскопия в основном использовалась как диагностический метод, до тех пор, когда немецкий врач-хирург и инженер К. Земм разработал более совершенные лапароскопические инструменты, освоил лигатурную методику. В 1980 году началось широкое внедрение эндоскопических операций в клиническую практику, что было связано с появлением волоконистой оптики и усовершенствованием специальных инструментов.

Эпоха бурного развития эндоскопической хирургии в нашей стране началась в середине восьмидесятых годов, когда впервые в России была выполнена экстирпация матки лапароскопическим методом. С середины 90-х годов тотальную и субтотальную гистерэктомию стали выполнять во многих ведущих клиниках России [1].

В настоящее время лапароскопические операции являются операциями выбора при внематочной беременности, доброкачественной опухоли яичника, миоме матки, эндометриозе, трубно-перитонеальном бесплодии, врожденных аномалиях половых органов [1, 2, 3, 4].

Лапароскопические операции имеют несомненные преимущества перед традиционными лапаротомическими: малую травматичность; снижение послеоперационного койко-дня в 2-3 раза; значительное уменьшение интенсивности болевого синдрома, вплоть до его отсутствия; раннее вставание с постели в день операции; снижение общей стоимости лечения в 1,5 раза; профилактику послеоперационных осложнений; косметический эффект (что особенно важно для молодых пациенток); снижение сроков утраты трудоспособности в 3-6 раз [1, 3, 5].

В гинекологическом отделении Дорожной клинической больницы на станции Красноярск проведе-

ние гинекологических операций лапароскопическим методом начали осуществлять с 1997 года. В то время доля лапароскопических операций составляла 20 % от всех оперативных вмешательств. На первом этапе эндоскопические вмешательства мы начинали с относительно легких операций: стерилизация маточных труб, сальпинголизис, коагуляция эндометриoidных очагов при эндометриозе 1-й степени. На втором этапе, по мере накопления технических навыков и клинического опыта, от относительно простых лапароскопических мы перешли к более сложным: пластические операции на маточных трубах по поводу бесплодия, сальпинготомия при эктопической беременности, тубэктомия, цистэктомия, аднексэктомия. Сегодняшний день можно характеризовать как третий этап развития лапароскопии в гинекологической практике. В нашей клинике освоены и проводятся гинекологические операции высокой степени сложности: консервативная миомэктомия, субтотальная и тотальная гистерэктомия, операции при распространенном эндометриозе 3-й и 4-й степени.

В настоящее время в отделении доля лапароскопических операций по отношению к традиционным лапаротомическим существенно возросла и составляет 75 %. Предоперационная подготовка к лапароскопическим операциям проводится почти так же, как и к лапаротомическим. В то же время, необходимо строго подходить к выбору метода оперативного вмешательства с учетом общепринятых показаний и противопоказаний. Так как газ, введенный в брюшную полость, оказывает давление на диафрагму, положение Трендельбурга, которое необходимо для работы на органах малого таза, может вызвать осложнение деятельности жизненно важных органов (легкие, сердце). Поэтому вопрос о выборе метода операции решают совместно три врача: гинеколог, анестезиолог, терапевт (кардиолог, эндокринолог).

За неполные десять лет лапароскопическим методом произведено более 800 операций различной степени сложности. Накопленный клинический опыт

позволяет нам разделять точку зрения многих специалистов о том, что гинекология — это хирургическая дисциплина, в которой возможно выполнение практически всех операций лапароскопическим методом, от малого до большого объема, в отличие от общей хирургии, онкологии, урологии и других хирургических дисциплин.

В настоящее время не подлежит сомнению, что лапароскопия играет ведущую роль в диагностике, лечении и реабилитации женщин с органическим трубно-перитонеальным бесплодием [2, 5, 6, 7]. Патология маточных труб — одна из самых частых (35-75 %) причин бесплодия. Основные причины, вызывающие нарушения проходимости одной или обеих маточных труб, особенно в сочетании со спаечным процессом, включают заболевания, передающимся половым путем (ЗППП), осложненные аборт, самопроизвольные выкидыши, роды, многочисленные лечебно-диагностические гидротубации, оперативные вмешательства на органы малого таза.

По данным Т.А. Назаренко (2004), эффективность восстановления репродуктивной функции после эндоскопических операций достаточно высока и составляет 25-45 % [3]. Примерно такие же результаты были получены А.И. Будаевым с соавт. (2004). В представленных авторами результатах общая частота наступления беременности составляла 34,5 %, при этом у 28,2 % женщин наступила маточная беременность, а у 6,3 % — внематочная беременность [8].

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении воспалительных заболеваний женских половых органов, тенденции к уменьшению непроходимости маточных труб в структуре женского бесплодия не отмечено. С трубно-перитонеальной формой бесплодия пролечены 124 пациентки, которым проводились эндоскопические операции: сальпингоовариолизис, сальпингостомия, сальпингонеостомия (когда невозможно выделить или идентифицировать фимбриальный отдел трубы).

По нашим данным (что согласуется с данными других специалистов), при наличии спаечного процесса 3-й и 4-й степени процент наступления беременности крайне низкий — 2-3 %. Это объясняется тем, что функция трубы при гидросальпинксе потеряна, содержимое трубы способно вымыть оплодотворенную яйцеклетку из полости матки. Поэтому в таких случаях показано удаление маточной трубы, как первый этап подготовки пациентки к ЭКО. Из числа 124 прооперированных нами больных пластика трубы проведена у 100 пациенток (81 %), тубэктомия — у 24 пациенток (19 %). Средняя продолжительность стационарного лечения составляла 3-4 койко-дня, временная нетрудоспособность — 10-12 дней. Из 100 больных, которым была проведена пластика труб, беременность наступила у 38 больных, что составило 38 % и сопоставимо с результатами лечения в ведущих отечественных клиниках.

Более высокие результаты лечения отмечены нами при хирургическом лечении эндокринного бесплодия, обусловленного синдромом Штейна-Ливенталя. Таким пациенткам во время лапароскопических опе-

раций мы проводим декортикацию яичников, что в большинстве случаев приводит к овуляции и наступлению беременности. По нашим данным, у 80-85 % пациенток с бесплодием, обусловленным синдромом Штейна-Ливенталя, в результате проведения лапароскопической операции наступила беременность.

В структуре женского бесплодия частота эндометриоза составляет до 50 % случаев [9]. Наиболее частой локализацией эндометриoidных очагов является область широких и крестцово-маточных связок, позадматочное пространство и яичники. Проведение эндоскопической коагуляции очагов эндометриоза и/или эндометриoidных кист яичников совместно с проведением гормонотерапии (даназол, золадекс, гестринон, буссерилин и др.) позволило нам повысить восстановление репродуктивной функции у данной категории пациенток с бесплодием до 45-50 %.

Оперативное лечение осложненных форм воспалительных заболеваний придатков матки до недавнего времени в большинстве отечественных клиник, в том числе и в нашем отделении, осуществлялось преимущественно при помощи традиционных лапаротомических операций. В течение последних двух лет мы начали широкое внедрение лапароскопических вмешательств при воспалительных заболеваниях придатков матки. Основными показаниями для проведения лапароскопических операций у таких пациенток являются:

- отсутствие положительного эффекта от проводимой антибактериальной терапии в течение 24 часов;
- необходимость дифференциальной диагностики между острой хирургической и гинекологической патологией;
- необходимость проведения органосохраняющего оперативного вмешательства, сохранение репродуктивной и менструальной функции, восстановления анатомических особенностей придатков матки.

При проведении лапароскопии у пациенток с осложненными формами воспалительных заболеваний придатков матки мы проводим санацию и дренирование активным вакуум-дренажем. При гнойном сальпингите с рыхлыми формирующимися спайками, которые разделяются тупым путем, мы используем различные манипуляторы, более грубые спайки иссекаются ножницами. После взятия на бактериологическое исследование содержимого из пораженного яичника и полости малого таза, в брюшную полость заливается до 3-5 литров стерильной жидкости (физ. раствор, фурациллин), затем создается лекарственный гидроперитонеум, в состав которого входят: антибиотики (канамицин 2,0), кортикостероиды (гидрокортизон 124 ед.), антигистаминные препараты (фибrolан) — на 100-200 мл физиологического раствора или реополиглюкина.

При пиосальпинксе и необходимости сохранения маточной трубы вскрываем фимбриальный отдел трубы, отсосом проводим ретроградное промывание трубы физиологическим раствором. При отсутствии необходимости сохранения трубы проводится тубэк-

томия. При абсцессе яичника показано удаление придатков матки со стороны поражения.

За последние два года в нашем отделении среди всех больных, прооперированных по поводу воспалительных заболеваний придатков матки (70 пациенток), лапароскопическим методом были прооперированы 60 пациенток, что составило 85,7 %. Следует особо отметить высокую экономическую эффективность лапароскопических операций среди этого контингента больных, средний койко-день уменьшился с 15 до 7.

Таким образом, в настоящее время лапароскопические операции в гинекологической практике занимают ведущие позиции и в большинстве случаев вытесняют традиционные лапаротомические. Преимущества эндоскопических операций очевидны: меньшая инвазивность и травматичность, возможность выполнения органосохраняющих операций, косметическая привлекательность, снижение медикаментозной нагрузки, более высокая экономичность, уменьшение пребывания пациентки в стационаре, ускоренное восстановление трудоспособности после операций.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Адамян, Л.В. Тотальная лапароскопическая гистерэктомия. Опыт более 1000 вмешательств /Адамян Л.В., Кулаков В.И., Киселев С.И. //Мать и дитя: Матер. IV науч. форума. – М., 2002. – С. 15-18.
2. Жабина, Е.С. Реабилитация репродуктивной функции женщин после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах /Е.С. Жабина: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2002. – 19 с.
3. Диагностика и лечение женского бесплодия. Практическая гинекология (клинические лекции) /Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской. – М., 2001. – С. 298-317.
4. Тумарев, А.В. Диагностическая и оперативная лапароскопия при острых заболеваниях у гинекологических больных /А.В. Тумарев: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999. – 14 с.
5. A randomized, prospective comparison of pain after gasless laparoscopy and traditional laparoscopy /Guido R.S., Brooks K., McKenzie R. et al. //J. Am. Ass. Gynec. Laparosc. – 1998. – V. 5, N 2. – P. 149-153.
6. Балакшина, Н.Г. Лапароскопия в лечении трубно-перитонеального бесплодия /Балакшина Н.Г., Кох Л.И. //Охрана здоровья матери и ребенка: 4-й Рос. науч. форум. – М., 2002. – С. 39-40.
7. Лапароскопия в гинекологии /Под ред. Г.М. Савельевой. – М., 2000. – 328 с.
8. Применение различных эндохирургических методик в лечении трубной окклюзии у женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза /Будаев А.И., Горин В.С., Рыбников С.В. и др. //Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: Науч.-практ. конф. – М., 2004. – С. 155-157.
9. Адамян, Л.В. Эндометриозы: Руков. для врачей /Адамян Л.В., Кулаков В.И. – М., 1998. – 320 с.



ЧТО ПРОИСХОДИТ С НАМИ ПРИ НЕДОСЫПАНИИ?

Современное общество бодрствует почти круглосуточно: интернет, виртуальное общение, ночные передачи по телевизору. Но только сейчас мы стали осознавать, какой вред наносит здоровью такой ритм жизни. Оказывается, недостаток сна повышает риск огромного количества заболеваний, включая рак, ИБС, сахарный диабет и ожирение.

При недосыпании нарушаются все функции организма. В силу своего биологического строения, наш организм не в состоянии приспособиться к дефициту сна. Каждому человеку требуется свое количество сна. Одному достаточно вздремнуть несколько часов. Другой, если не поспит десять часов, чувствует себя ужасно. Все же большинству людей необходимо спать ежедневно 7-9 часов. Если человек спит меньше 6-7 часов, у него резко возрастает риск заболеваний.

Вероятно, при недосыпании выделяется большое количество гормонов стресса и поднимается артериальное давление, а это важнейший фактор риска инфаркта и инсульта. Кроме того, у людей, лишенных сна, в крови содержится повышенное количество медиаторов воспаления. А это также фактор риска.

Исследования людей, работающих ночью, показали, что они особенно подвержены раку груди и кишечника. Это, возможно, связано с тем, что искусственное освещение приводит к понижению секреции мелатонина. А, как известно, гормон мелатонин способен подавлять рост опухолевых клеток.

В других исследованиях обнаружено, что даже умеренное недосыпание быстро нарушает обмен гормонов грелина и лептина, отвечающих за аппетит. Генетически человеческий организм запрограммирован на то, чтобы бодрствовать ночью только в двух случаях: когда нужно искать пищу или защищаться от опасности. Чтобы запастись энергией в этих случаях, нужно много есть. Вот поэтому недосыпающий современный человек часто оказывается ночью у холодильника.

Источник: Pharmindex.ru