

РАДИКАЛЬНЫЕ И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП

В.Н. Ткачев, И.Д. Евтушенко, Н.И. Вороновская, С.В. Харахулах, К.С. Кублинский, Г.П. Дамбаева, Т.Г. Бородулина, М.С. Петрова

Кафедра акушерства и гинекологии Сибирского государственного медицинского университета, г. Томск

В настоящее время практически во всех странах мира эндоскопическая хирургия становится все более распространенным методом диагностики и лечения. В том числе это относится и к гинекологии.

На сегодняшний день кафедра акушерства и гинекологии располагает практикой выполнения более чем 3 000 лапароскопии.

Повсеместное распространение методик эндоскопической хирургии объясняется следующими достоинствами:

- 1) меньшей выраженностью операционной травмы;
- 2) меньшей кровопотерей;
- 3) большими возможностями выполнения органосохраняющих операций;
- 4) сокращением сроков пребывания в стационаре;
- 5) быстрой реабилитацией в послеоперационном периоде;
- 6) косметическим эффектом операции.

В полном объеме данные положения относятся к операциям на матке. Операции на матке подразделяются на радикальные (гистерэктомия) и органосохраняющие (лапароскопическая энуклеация миоматозных узлов, гистерорезектомиомэктомия, гистерорезектосептотомия и т.д.).

Радикальные операции на матке

Первая в мире лапароскопическая гистерэктомия была выполнена в 1988 г. американским хирургом-эндоскопистом Харри Ричем. В России первая гистерэктомия данным доступом проведена в 1991 г. Харри Ричем, а в 1992 г. В.И. Кулаковым (директор НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, г. Москва). Впервые в г. Томске лапароскопическая гистерэктомия выполнена на кафедре акушерства и

гинекологии СГМУ 19 февраля 1999 г. профессором С.О. Филипповым.

Нами проведено 160 гистерэктомии лапароскопическим доступом, операции распределились следующим образом: в 142 случаях была выполнена субтотальная гистерэктомия, а в 18 - тотальная. Лапароскопическая гистерэктомия выполняется под комбинированным эндотрахеальным наркозом. В отдельных случаях гистерэктомия была выполнена под эпидуральной анестезией.

Лапароскопическим доступом проводятся гистерэктомии при размерах матки, соответствующих сроку беременности до 17 недель. При больших размерах удаляемого органа гистерэктомии путем лапароскопии не выполняются в связи с увеличением времени выполнения операции и трудностями с извлечением препарата. В данном случае лапароскопический доступ не способствует снижению интраоперационной травматизации и не соответствует интересам здоровья и безопасности пациентки.

Среднее время выполнения гистерэктомии лапароскопическим доступом составило 90-120 мин (включая время, необходимое для извлечения препарата). Операция выполняется на фоне карбоксиперитонеума в положении Тренделенбурга, использовалась эндоскопическая стойка германской фирмы Karl Storz, инструментарий производства этой же фирмы, а также российской фирмы «Крыло» (г. Воронеж).

После проведения подготовительных манипуляций в ходе выполнения собственно гистерэктомии последовательно реализуются следующие этапы оперативного вмешательства:

I. Коагуляция и рассечение круглых маточных связок (биполярная коагуляция, ножницы или монополярная коагуляция в коагулирующем режиме и монополярный режущий ток).

II. Вскрытие пузырно-маточной складки брюшины, раскрытие ретровезикальной и параметральной клетчатки (биполярная коагуляция, ножницы).

III. Создание «окон» в задних листках широкой маточной связки. Этот момент является принципиальным, поскольку позволяет мочеточникам сместиться латерально, что снижает риск их травматизации в ходе пересечения сосудистых пучков матки и кардинальных связок.

IV. Лигирование и пересечение воронко-тазовых связок (при выполнении аднексэктомии) либо маточных труб и собственных связок яичников. На данном этапе гемостаз обеспечивается либо наложением экстракорпоральных лигатур (викрил, полисорб, ПДС, ПГА №1), либо путем биполярной или монополярной коагуляции. Существенной разницы между указанными методами гемостаза на данном этапе отмечено не было.

V. После мобилизации матки рассекаются по ребру матки задние листки широкой маточной связки либо до уровня проведения субтотальной гистерэктомии, либо до уровня крестцово-маточных связок и их частичной мобилизации (при тотальной гистерэктомии). Это позволяет сместить мочеточники еще более латерально и четко выделить сосудистые пучки матки.

VI. Гемостаз перед рассечением сосудистых пучков обеспечивается одним из трех способов: прошиванием атравматичной нитью (викрил, сафил, ПДС, ПГА №1 -2), биполярной или монополярной коагуляцией. Мы отдаем предпочтение биполярной коагуляции.

После пересечения сосудистых пучков происходит обескровливание матки, что проявляется изменением ее цвета и консистенции. Вслед за этим производится либо отсечение матки на уровне внутреннего зева, либо пересечение крестцово-кардинального комплекса и круговая кольпотомия (при тотальной гистерэктомии), параллельно проводится гемостаз путем дополнительной биполярной коагуляции.

Культя шейки матки при субтотальной гистерэктомии не ушивается. Перитонизация выполняется за счет пузырно-маточной складки. В отдельных случаях перитонизации не проводилось вообще и не отмечено, что это оказывает какое-либо влияние на течение послеоперационного периода и состояние пациентки. Мат-

ка извлекается из брюшной полости либо методом морцелляции, либо путем ее кускования и извлечения через кольпотомное отверстие. При тотальной гистерэктомии культя влагалища ушивается узловатыми швами.

Перед тем, как перейти к изложению следующей методики гистерэктомии, применяемой в нашей клинике, хотелось бы напомнить известную фразу Харри Рича: «...не должны проводиться ненужные операции, обусловленные желанием хирурга приобрести навыки в новых хирургических техниках. Я подчеркиваю, что лапароскопическая гистерэктомия не показана в случаях, когда имеется возможность выполнить влагалищную гистерэктомию».

В связи с этим в последние годы во многих странах мира растет интерес к выполнению гистерэктомии вагинальным доступом. В гинекологической клинике СГМУ тотальная гистерэктомия классическим вагинальным доступом проведена в 2000-2002 гг. у 114 больных. Положительные моменты при использовании данного хирургического доступа для проведения гистерэктомии несомненны. Это прежде всего меньшая интраоперационная травматизация пациентки вследствие исключения лапаротомической агрессии, более гладкое течение послеоперационного периода, отсутствие необходимости массивной медикаментозной терапии (в том числе и необходимости применения наркотических анальгетиков), что наиболее важно у пациенток постменопаузального возраста. Кроме того, вагинальный доступ имеет преимущество в возможности одномоментного выполнения пластических операций на влагалище и промежности, способствующих не только восстановлению нормального положения органов, но и коррекции урогенитальных и кишечных расстройств.

Однако вагинальный доступ не является вполне совершенным, наиболее частое возникающее затруднение - это спаечный процесс малого таза, развившийся вследствие перенесенных в прошлом операций на брюшной полости. В исследованной группе 4 пациентки имели в анамнезе от 1 до 3 оперативных вмешательств, вследствие чего у них в процессе лапароскопии был диагностирован спаечный процесс малого таза II-III степени. Кроме того, иногда значительные трудности возникают при

необходимости удаления придатков матки, в частности при наличии их объемных образований. Укороченность воронко-тазовых связок вследствие их возрастной инволюции у женщин постменопаузального возраста может создавать серьезные препятствия для их лигирования при вагинальном доступе. Частично эти проблемы могут быть решены при использовании лапароскопической ассистенции вагинальной гистерэктомии.

В условиях гинекологической клиники СГМУ тотальная гистерэктомия вагинальным доступом с лапароскопической ассистенцией была применена у 16 пациенток. Лапароскопическим доступом проводились следующие этапы операции:

- 1) при наличии спаечного процесса в брюшной полости проводился адгезиолизис с целью освобождения тазовых органов, необходимого для создания условий для мобилизации матки;
- 2) пересечение круглых маточных связок;
- 3) вскрытие пузырно-маточной складки;
- 4) пересечение воронко-тазовых связок, не обходимое для осуществления двусторонней аднексэктомии.

После проведения данных этапов операции эндоскопическим доступом больная выводилась из положения Тренделенбурга и осуществлялся вагинальный этап операции. Последовательно проводились кольпотомия, выведение матки, лигирование сосудистых пучков, крестцово-маточных связок, отсечение матки от влагалищных сводов, пластика передней стенки влагалища, кольпоперинеография. У всех пациенток на этапе окончания операции был проведен лапароскопический контроль адекватности гемостаза и туалет брюшной полости.

Применение описанной выше методики вагинального доступа с лапароскопической ассистенцией позволило выполнить тотальную гистерэктомию и двустороннюю аднексэктомию у пациенток, у которых выполнение данной операции представляло бы серьезные (а, возможно, и непреодолимые) трудности при выборе изолированного вагинального доступа. Таким образом, вагинальная гистерэктомия и вагинальная гистерэктомия с лапароскопической ассистенцией могут являться адекватной альтернативой гистерэктомии, проведенной как лапаротомным, так и лапароскопическим доступом.

В ряде случаев эти операции должны быть методами выбора при проведении радикальных оперативных вмешательств при патологии органов репродуктивной системы женщины.

Органосохраняющие операции на матке

За период с 2000 по 2002 г. нами проведена 41 миомэктомия (удаление миоматозных узлов субсерозной и интрамуральной локализации) лапароскопическим доступом. В процессе операций удалялось от одного до шести миоматозных узлов размерами от 1,5 до 12 см в диаметре. Кроме типично расположенных, нами удалялись интралигаментарные и перешеечные узлы. В процессе выполнения операции ткань матки над узлом вскрывалась до капсулы узла. Проводилась его энуклеация в пределах капсулы. Ложа узлов ушивались экстракорпоральными швами через все слои, что обеспечивало как восстановление целостности матки, так и интраоперационный гемостаз. Дополнительный гемостаз проводился биполярной коагуляцией.

Данная операция позволила не только сохранить матку, но и обеспечить возможность продолжения репродуктивной функции.

Кроме того, с 2000 по 2002 г. нами проведено 64 гистерорезектомиомэктомии. Гистерорезектоскопия - это практически единственная альтернатива гистерэктомии при субмукозной локализации миоматозного узла, сочетающейся с анемизирующими женщину кровотечениями. Эта операция проводилась нами при использовании гистерорезектоскопа германской фирмы Karl Storz, в условиях комбинированного внутривенного наркоза. В качестве среды для расширения полости матки применялся 5% раствор глюкозы. Узлы из полости матки удалялись путем фрагментирования монополярной петлей гистерорезектоскопа. Дополнительный гемостаз, при необходимости, обеспечивался монополярной коагуляцией электродом-шаром либо электродом-валиком. Нами удалялись в 17 случаях - миоматозные узлы 0 типа, в 33 случаях - 1 типа и в 14 случаях - II типа. Размеры узлов были от 1 до 5 см в диаметре. В случае наличия крупных миоматозных узлов II типа применялась методика гидромассажа Жака Аму, обеспечивающая «выдавливание» интрамураль-

но расположенной части миоматозного узла в полость матки.

Кроме гистерорезектомиомэктомии, нами проведены 4 внутриматочные операции, связанные с рассечением внутриматочной перегородки (порок развития матки). В одном случае параллельно с рассечением внутриматочной перегородки была проведена пластика влагалища, связанная с рассечением перегородки влагалища.

В заключение необходимо сказать о том, что эндоскопический доступ является реальной альтернативой классической лапаротомии при выполнении радикальных и органосохраняющих операций на матке. Более того, в некоторых случаях эндоскопические операции (в частности, гистерорезектомиомэктомии) являются единственной альтернативой удаления матки у женщин репродуктивного возраста.