

Развитие хирургической помощи в гинекологической клинике

Г.М.Савельева, А.А.Евсеев

Российский государственный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета, Москва (зав. кафедрой – акад. РАМН, проф. Г.М.Савельева)

В статье прослежена связь великих открытий блестящего ученого Н.И.Пирогова в области топографической анатомии и хирургии с современными достижениями оперативной гинекологии. Определена роль эндоскопических методов – лапароскопии, гистероскопии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. Показано, что использование эндоскопии в гинекологии расширяет возможности органосохраняющих вмешательств. Сообщается об успехах в лечении пролапсов тазовых органов, стрессового недержания мочи с применением синтетических материалов и о перспективных результатах эмболизации маточных артерий.

Ключевые слова: Пирогов, лапароскопия, гистероскопия, несостоятельность мышц тазового дна, эмболизация маточных артерий

The development of surgical care in gynecological clinic

G.M.Savelieva, A.A.Yevseev

N.I.Pirogov Russian State Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology of Pediatric Faculty, Moscow (Head of the Department – Acad. of RAMS. Prof. G.M.Savelieva)

This article retraces the connection between discoveries of the brilliant scientist N.I. Pirogov in the field of topographic anatomy and surgery and modern achievements of operational gynecology. The role of endoscopic methods (laparoscopy, hysteroscopy) in diagnostics and treatment of gynecological diseases is determined. It is shown that the use of endoscopy in gynecology extends the abilities of providing the organ-saving interventions. The article reports of successes in treatment of pelvic prolapses, stressful enuresis with the appliance of synthetic materials and perspective results of embolization of uterine arteries.

Key words: N.I.Pirogov, laparoscopy, hysteroscopy, dysfunction of muscles of pelvic fundus, embolization of uterine arteries

Роль Н.И.Пирогова в развитии хирургии вообще, в гинекологии в частности, чрезвычайно велика. Любые основополагающие постулаты, разработанные этим великим ученым и практиком, до настоящего времени имеют огромную значимость для любого специалиста, связанного с хирургией.

Как известно, ключевыми моментами, определившими развитие хирургии, и в том числе оперативной гинекологии, явились создание прикладной (топографической) анатомии, внедрение обезболивания, асептики и антисептики, методов остановки кровотечения. Во все эти разделы Пирогов внес свой неоценимый вклад. Ученый с широчайшей эрудицией, он заложил фундамент новой науки – оперативной хирургии и топографической анатомии, создал безупречные по точности анатомические атласы, разработал методы перевязки крупных сосудов [1]. Будучи успешно практикующим хирур-

гом, Пирогов хорошо понимал всю необходимость глубоких знаний анатомии для врачей, особенно хирургов. В 1846 г. Пирогов добился открытия в Санкт-Петербурге первого в мире Института практической анатомии. Огромный вклад талантливый хирург внес и в совершенствование медицинских инструментов, возглавляя в течение 15 лет Санкт-Петербургский медико-инструментальный завод; продукция этого предприятия превзошла изделия лучших европейских фирм того времени [1]. Широко внедряя эфирный наркоз, Н.И. Пирогов опроверг своими трудами по анестезиологии расхожую формулу врачей XIX столетия – боль и хирургический нож неразлучны. Уже в то время Н.И.Пирогов пропагандировал органосохраняющую хирургию, выступал с идеями пластических операций.

В экспериментах на животных Николай Иванович подчеркивал необходимость знаний анатомо-физиологических особенностей организма при хирургических вмешательствах [1]. Этот принцип для хирургов-гинекологов является и до настоящего времени одним из важнейших на всех этапах развития оперативной гинекологии.

До середины прошлого века основные хирургические операции, заключающиеся в удалении придатков матки, самой матки (гистерэктомии), сальника, в нашей стране

Для корреспонденции:

Евсеев Алексей Александрович, доцент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Адрес: 119415, Москва, ул. Лобачевского, 42

Телефон: (495) 432-6825

E-mail: al_evseev@mail.ru

Статья поступила 24.02.2010 г., принята к печати 26.05.2010 г.

производились брюшно-стеночным доступом. В странах Европы нередко для гистерэктомии использовался влагалищный доступ. Наиболее сложной считалась операция Вертгейма – пангистерэктомия – удаление матки с придатками, верхней третью влагалища, регионарными лимфатическими узлами. Подобная операция могла осуществляться только при хорошем знании анатомии малого таза. С середины прошлого века стали появляться работы по изменению классического оперативного доступа при хирургических вмешательствах, заменяя лапаротомию на лапароскопию, что было связано с созданием видеотехники, световолоконной оптики и совершенствованием всей эндоскопической аппаратуры. С внедрением в практику эндоскопических видеокамер лапароскопия стала незаменимым диагностическим и лечебно-оперативным методом.

Особенно важным этапом развития оперативной гинекологии явилось использование эндоскопии для диагностики и лечения неотложных состояний [2]. Внедрение мониторов, на которые переносится увеличенное изображение органов, а действия рук хирурга сопоставляются с таковыми на видеоэкране, открыло новые горизонты для эндохирургии, особенно в гинекологической практике.

На сегодняшний день с помощью лапароскопического доступа можно выполнить практически любой объем хирургического вмешательства в гинекологии. Кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета РГМУ накоплен огромный опыт выполнения эндоскопических операций, который показал, что лапароскопическая хирургия малотравматична, безопасна и экономически выгодна [3, 4]. Основные преимущества таких операций: минимальная инвазивность и тесно связанное с этим достоверное снижение потребности в послеоперационном обезболивании, сокращение сроков стационарного лечения и трудовой реабилитации [3]. Другое очевидное преимущество лапароскопии – точная диагностика заболеваний органов брюшной полости и таза, что почти сводит на нет необходимость в пробных диагностических чревосечениях [2]. Совершенно несравним с открытыми операциями и косметический эффект эндоскопических операций. Разработка и обоснование оптимальных методов эндоскопической хирургии в гинекологии, определение показаний и противопоказаний к ним стали одним из основных научных направлений на кафедре. В результате во врачебную практику были внедрены такие методы оперативного лечения, как лапароскопические тубэктомия, туботомия при внематочной беременности, реконструктивные вмешательства при трубно-перитонеальном бесплодии, операции при яичниковых образованиях, миомэктомии, гистерэктомии [3, 5–7].

Доказана чрезвычайная эффективность лапароскопических операций на маточных трубах при трубно-перитонеальном бесплодии. По нашим данным, подобные операции позволяют добиться восстановления проходимости маточных труб в 70% наблюдений [3]. Лапароскопическая хирургия является методом выбора при трубной беременности [2]. При определенных условиях возможно проведение органосохраняющих вмешательств, что существенно снижает частоту нарушений репродуктивной функции у женщин после операции. Большое внимание уделяется на кафедре работам, доказывающим возможность выполнения органосохраняющих операций при остром воспалении придатков

матки [2, 8]. В этих случаях возможно удаление экссудата из маточных труб или вскрытие тубоовариальных гнойных образований, промывание и санация очага воспаления. Необходимым при этих процессах мы считаем проведение эндоскопического мониторинга в ближайшие дни после оперативного вмешательства, при котором осуществляется контроль за состоянием органов малого таза, промывание брюшной полости и выполнение адгезиолиза.

Наши результаты свидетельствуют о возможности выполнения органосохраняющих операций даже при гнойных тубоовариальных воспалительных образованиях придатков матки. Проведение таких операций способствует сохранению репродуктивной функции женщины [8].

Опыт оперативной лапароскопии позволил пересмотреть тактику хирургического вмешательства при перекруте придатков матки. К факторам, определяющим действия хирурга при данной патологии, относятся: степень выраженности трофических изменений, возраст, реализация репродуктивной функции, степень вовлечения в перекрут тканевых структур. При отсутствии противопоказаний возможно проведение органосохраняющих операций, заключающихся в раскручивании придатков и ликвидации причины, вызвавшей перекрут (кистэктомия, сальпингостомия). Для профилактики рецидива перекрута целесообразным является наложение шва, укорачивающего собственную связку яичника [2].

Высока ценность лапароскопии для диагностики и лечения наружного эндометриоза. Накопленный опыт позволяет нам в последние годы с успехом применять лапароскопический доступ для лечения тяжелых форм инфильтративного эндометриоза позадматочного пространства и крестцово-маточных связок [3]. Зачастую при иссечении глубоко расположенных очагов производится мобилизация прямой кишки и диссекция мочеточников. Такие вмешательства являются технически сложными. Однако, по нашему мнению, лапароскопия предпочтительнее чревосечения, обеспечивая более четкое распознавание всех очагов эндометриоза, что позволяет проводить полное удаление патологически измененных тканей.

Лапароскопическая миомэктомия, применяемая в нашей клинике, позволяет не только сохранить детородную функцию женщин, но и устраняет нарушения менструального цикла (86%), рецидивы заболевания отмечаются у 25% пациенток [7, 9]. Однако следует помнить, что при наличии интерстициального компонента миоматозного узла миомэктомии следует производить, используя лапаротомический доступ, поскольку только при этом можно адекватно произвести ушивание матки. В противном случае велик риск разрыва матки при последующей беременности и в родах.

Удаление матки (гистерэктомия) лапароскопическим доступом принято относить к операциям повышенной сложности. В нашей клинике были выработаны четкие показания и противопоказания к данному хирургическому вмешательству, отработана техника ее выполнения [10, 11]. Мы являемся сторонниками сохранения шейки матки при гистерэктомии в случаях отсутствия ее патологических изменений. Продолжительность тотальной неосложненной лапароскопической гистерэктомии составляет 45–90 мин, а надвлага-

лишней ампутации – 40–70 мин, то есть приближается к длительности таких же операций при лапаротомии.

На протяжении всей истории эндохирургии особый интерес вызывает у врачей вопрос о возможности безопасной лапароскопии у пациенток, имевших чревосечение в анамнезе. До недавнего времени перенесенные ранее лапаротомии считались противопоказанием к выполнению лапароскопии из-за высокого риска ятрогенного повреждения органов брюшной полости на фоне предполагаемого спаечного процесса. В настоящее время возможный спаечный процесс после хирургических вмешательств не является причиной для отказа от лапароскопии. Для безопасности лапароскопического входа в брюшную полость необходимо использовать альтернативные методики: открытую лапароскопию, двойную лапароскопию, оптическую иглу Вереша и др. Не менее важными являются квалификация и опыт хирурга.

Эффективность оперативной лапароскопии в онкогинекологии до последних лет носила дискуссионный характер, большинство онкологов негативно относились к использованию эндохирургии, используя метод лишь как диагностический. На сегодняшний день при наличии качественного оборудования (эндовидеокамер с высокой разрешающей способностью, современного электрохирургического блока), а также хорошо подготовленного хирурга стало возможным проведение радикальных вмешательств лапароскопическим доступом – гистерэктомии, тазовой лимфаденэктомии, оменэктомии.

Гинекологическая клиника на базе кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета РГМУ стала не только научно-методическим, но и обучающим центром для врачей Российской Федерации. Большую роль играет сотрудничество кафедры с университетской клиникой г. Клермон-Ферран (Франция), являющейся крупнейшим европейским эндоскопическим центром под руководством профессора М.Бруа.

В результате широкого внедрения эндоскопической хирургии произошло изменение соотношения лапаротомических и лапароскопических вмешательств в пользу последних. За последние 5 лет в городской клинической больнице №31 г.Москвы, являющейся базой кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета РГМУ, выполнено 1111 операций путем лапаротомии и 8283 – путем лапароскопии. Недостатки эндоскопии также известны. Это дорогостоящие аппаратура и инструменты, сомнительный радикализм при онкологических операциях, большая длительность некоторых лапароскопических операций, необходимость переучивания хирургов. Все эти трудности преодолимы, и мы свидетели того, как эндоскопия и эндохирургия теснят традиционную хирургию. Техника лапароскопических операций продолжает развиваться и совершенствоваться, увеличивается диапазон их применения: освоена кольповагинэктомия при выпадении матки, возможно выполнение лимфаденэктомии, при необходимости названным доступом может быть удален сальник.

Одновременно с лапароскопией получила развитие внутриматочная эндоскопическая хирургия. С 2005 по 2009 гг. в Городской клинической больнице №31 выполнено 13545 гистероскопических операций. При гистероскопическом вмешательстве могут быть выполнены полипэктомия, рас-

сечение внутриматочных синехий и внутриматочной перегородки, миомэктомия, удаление инородных тел из матки, резекция (абляция) эндометрия [10–13]. Наиболее частой операцией при гистероскопии является полипэктомия, при которой особенно важно произвести полное удаление полипа вместе с основанием. Это обеспечивается контрольной гистероскопией. Нами накоплен большой опыт консервативной миомэктомии трансцервикальным доступом [9, 11]. В зависимости от типа миоматозного узла используются различные хирургические методики – механическим методом удаляются субмукозные узлы 0 типа, электрохирургическим – узлы 1–2 типа, при необходимости проводится предоперационная гормональная подготовка агонистами ГнРГ. Субмукозная миома матки часто становится причиной нарушения репродуктивной функции. Выполнение органосохраняющей операции без образования рубца на матке имеет большое значение для пациенток, планирующих беременность. Восстановление способности к деторождению происходит, по нашим данным, в 72% случаев [11].

Такие виды внутриматочной патологии, как синехии и перегородки, часто приводят к утрате репродуктивной функции. Основным методом лечения этой внутриматочной патологии является оперативная гистероскопия. Невозможно уже представить на сегодняшний день извлечение инородных тел из полости матки (остатки ВМК, костные фрагменты, лигатуры) без гистероскопии. Этот метод позволяет диагностировать доброкачественные патологические процессы в эндометрии в 89–92%, а атипическую гиперплазию эндометрия – в 33–35% наблюдений [10, 12, 13]. Информативность гистероскопической диагностики рака эндометрия в постменопаузе приближается к 100% [13]. При доброкачественных гиперпластических процессах эндометрия и неэффективности гормонотерапии, во избежание большой травматической операции, возможно применять резекцию (абляцию) эндометрия. Положительный результат, по данным нашего наблюдения в течение 5 последних лет, составляет 82,4% [11].

Гистероскопическая хирургия является оптимальным малоинвазивным органосохраняющим методом оперативного лечения внутриматочной патологии. Этот метод позволяет исключить лапаротомический и лапароскопический доступы к полости матки, что уменьшает травматизацию организма в целом и матки в частности. Интра- и послеоперационные осложнения при проведении гистероскопических операций встречаются редко – от 1 до 2% при различных видах патологии [11, 12]. Послеоперационный период не требует, как правило, проведения какого-либо медикаментозного лечения. Короткое пребывание в стационаре (1–2 дня), быстрый период реабилитации и возврата к активной деятельности имеет большое значение для женщин репродуктивного и пременопаузального периодов, которые, в основном, и составляют группу пациенток с внутриматочной патологией. В настоящее время, при современном высокотехнологичном оборудовании и квалифицированных специалистах, стало возможным проведение офисной гистероскопии.

За цикл работ, посвященных использованию эндоскопических методов диагностики и лечения в гинекологии, сотрудникам кафедры в 2003 г. была присуждена премия Правительства Российской Федерации.

Мы несколько не сомневаемся, что современная эндоскопическая хирургия непосредственно связана с работами Н.И.Пирогова. Без тщательного изучения топографии, без учета анатомо-физиологических особенностей пациента, без знаний механизмов развития болевого шока невозможно производить в ограниченном пространстве весьма деликатные операции на органах, расположенных в полости малого таза. Эндоскопические операции – та же хирургия, только другими доступами, но эти операции требуют еще большего искусства, овладения совершенно новой техникой, непривычным манипулированием с тканями и органами посредством монитора без тактильных ощущений. Всему этому нужно долго и упорно учиться, и на кафедре продолжается работа по совершенствованию эндоскопических хирургических методов лечения.

По инициативе профессора М.А.Курцера и с активным участием профессора Л.М. Каппушевой начаты серьезные разработки по осуществлению реконструктивных операций при несостоятельности мышц тазового дна. Этому способствовало создание синтетических материалов, которые имплантируются в ткани. Стали широко применяться sling-операции для лечения недержания мочи. За последние 5 лет в клинике выполнены 226 операций TVT и TVT-O, 253 операций Prolift. И при осуществлении подобных операций нельзя не вспомнить имя великого Н.И. Пирогова с его достижениями в изучении анатомии человека.

Особым успехом науки последних лет явилась возможность консервативного ведения ряда гинекологических заболеваний, ранее подлежавших исключительно оперативному лечению. Имеется в виду метод эмболизации маточных артерий (ЭМА) у пациенток с миомой матки. Суть метода заключается в прекращении кровотока по ветвям маточных артерий, кровоснабжающих миоматозные узлы. При этом не страдает здоровая часть миометрия. Это возможно благодаря особенностям кровотока в миоме: кровоснабжение узлов осуществляется из т.н. перифиброидного сплетения – сосудистой сети, окружающей миому по периферии. Миоматозные узлы подвергаются фиброзу, что приводит к значительному уменьшению и/или исчезновению миомы и ее проявлений. Важным преимуществом ЭМА является сохранение детородной функции у пациенток репродуктивного возраста. В настоящее время, объединив усилия эндохирургов и гинекологов, кафедра располагает более чем двухтысячным числом наблюдений, свидетельствующих о целесообразности распространения данного метода в практической гинекологии [14, 15].

Ближайшими перспективами развития оперативных методов в гинекологии являются оптимизация методик и внедрение в практику операций повышенной сложности, разработка новых хирургических технологий, применение телекоммуникационных систем, использование роботов-манипуляторов. И нам нельзя забывать, что в основе этого

несомненного прогресса в развитии современной хирургии лежат, в том числе, и труды великого ученого, анатома, хирурга, гражданина Н.И.Пирогова.

Литература

1. Тарасов Л.А. Хирург и анатом, педагог и патриот (Н.И.Пирогов). – Барнаул: Алт. кн. изд-во, 1981. – 168 с.
2. Штыров С.В. Лапароскопия при неотложных состояниях в гинекологии: Автореф. дис. ... д.м.н. – М., 2005. – 46 с.
3. Лапароскопия в гинекологии / Под ред. Г.М.Савельевой. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 328 с.
4. Мишиева О.И., Бреусенко В.Г., Голухов Г.Н. и др. Клинико-экономическая эффективность гистерэктомии при лапаротомическом и лапароскопическом доступе // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2007. – Т.7. – № 6. – С.48–54.
5. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Соломатина А.А. и др. Диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2005. – Т.5. – № 6. – С.53–61.
6. Краснова И.А., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. и др. Современные принципы диагностики и оперативного лечения миомы матки // Акуш. и гин. – 2003. – №2. – С.45–50.
7. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. и др. Принципы эндоскопической миомэктомии // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2002. – Т.2. – №5. – С.64–71.
8. Евсеев А.А., Богинская Л.Н., Протопопова Л.О. и др. Современные принципы диагностики и лечения острых воспалительных заболеваний придатков матки // Акуш. и гин. – 2003. – №2. – С.32–36.
9. Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреусенко В.Г. и др. Эндоскопическая миомэктомия: за и против // Вопр. гин., акуш. и перинатол. – 2007. – №1. – С.57–60.
10. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Голова Ю.А. и др. Современные технологии в диагностике и лечении заболеваний матки // Рос. мед. журн. – 2006. – №5. – С.22–25.
11. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. и др. Современные аспекты эндоскопической хирургии в гинекологии // Журн. акуш. и женских болезней. – 2001. – Т.50. – №3. – С.19–22.
12. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. Гистероскопия. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 176 с.
13. Бреусенко В.Г., Голова Ю.А., Каппушева Л.М. и др. Внутриматочная патология в постменопаузе. Диагностика и лечение // Акуш. и гин. – 2003. – №2. – С.36–40.
14. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Капранов С.А. и др. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки: достижения и перспективы // Акуш. и гин. – 2007. – №5. – С. 54–59.
15. Бреусенко В.Г., Краснова И.А., Капранов С.А. и др. Некоторые дискуссионные вопросы эмболизации маточных артерий при миоме матки // Акуш. и гин. – 2006. – №3. – С.26–30.

Информация об авторе:

Савельева Галина Михайловна, академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 119415, Москва, ул. Лобачевского, 42
Телефон: (495) 432-9897
E-mail: gms@cfr.ru