

Г.А.САВИЦКИЙ, Н.Н.ВОЛКОВ,
Р.Д.ИВАНОВА, С.М.ГОРБУШИН

НИИ акушерства и гинекологии
им. Д.О.Отта РАМН,
Санкт-Петербург

МИНИЛАПАРОТОМИЯ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ПОСОБИЕМ В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ МАТКИ

Разработана новая технология операций на матке, основу которой составила надлобковая срединная минилапаротомия с лапароскопическим пособием.

Данная технология вмешательства позволяет минимизировать хирургическую травму в тех случаях, когда по каким-либо причинам лапароскопическое вмешательство может быть затруднительным, а производство типичной лапаротомии нежелательно. Первый опыт производства подобных операций показал, что действительно использование подобной технологии позволяет существенно уменьшить операционную кровопотерю, резко, по сравнению с лапаротомическими операциями, сократить послеоперационный койко-день, до минимума свести потребность в анагетиках, оптимизировать процесс наложения швов на матку при миомэктомии и существенно уменьшить зону коагуляционного некроза тканей.

Основная цель настоящей работы заключается в обобщении первого опыта использования новой технологии операций на матке, основанной на сочетанном применении надлобковой срединной минилапаротомии и лапароскопического пособия. Основной причиной, побудившей нас начать разработку подобной технологии, явились итоги критического анализа собственного опыта производства почти 5000 лапароскопических вмешательств. Уже в 1991-1992 гг. мы высказали ряд дискуссионных суждений, касающихся нашей точки зрения на пути развития современной лапароскопической хирургии в гинекологии [2,3,4,5]. Нам представилось, что преимущества лапароскопических технологий очевидны только тогда, когда радикальная или функциональная лапароскопическая операция выполняется при минимальной или небольшой степени распространения патологического процесса в гениталиях. Эти преимущества нивелируются при его значительном распространении, тяжелых рубцово-дистрофических изменениях в тканях или обширных спаечных процессах. Преимущества лапароскопической операции особенно заметны при выполнении вмешательств альтернативного типа: осуществлении санации очага поражения вместо удаления органа, эндокоагуляции тканей вместо их иссечения и т.д. Безусловно ценным оказалось использование лапароскопических технологий в качестве вспомогательного пособия, облегчающего выполнение основного вмешательства. Например, известно, что лапароскопическое пособие существенно облег-

чает и упрощает выполнение влагалищной экстирпации матки и кольпопоза из брюшины малого таза [1,2].

Критическое осмысление собственного опыта позволило нам также обратить внимание на ряд доминирующих ныне тенденций в развитии лапароскопических технологий в гинекологии, которые, как представляется, нельзя признать полностью позитивными. В последнее время наблюдается явная и все нарастающая либерализация показаний для выполнения «чисто лапароскопических» вмешательств. Неоправданно расширяются показания к производству лапароскопической гистерэктомии, особенно у женщин чадородного возраста. Отчетливо проявляется всеобщее стремление заменить лапаротомические операции их «лапароскопическим эквивалентом», нередко используя принцип «во что бы то ни стало». Появляются технологии ведения больных, «сверхзадача» которых состоит в стремлении любым путем избежать лапаротомии - например, больные при сравнительно небольших по традиционным меркам размерам миоматозной матки (14...16 недель) в течение многих месяцев используют дорогостоящие препараты для уменьшения размеров матки только для того, чтобы затем лишиться органа при «чисто лапароскопической» гистерэктомии или «влагалищной гистерэктомии с лапароскопической ассистенцией». Расширение возможностей лапароскопических технологий в конкретных учреждениях в настоящее время уже не столько обусловлено мастерством хирургов, сколько связано

Журнал
акушерства
и женских
болезней



с лавинообразно нарастающей «технизацией» вмешательства - использованием дорогостоящих сшивающих аппаратов и расходных материалов, сложного инструментария и аппаратуры, что ведет к неизбежной коммерциализации хирургического процесса. Одним из преимуществ лапароскопических операций является ранняя и сверхранняя выписка больных из стационара. Между тем больные, перенесшие, например, лапароскопические гистерэктомии требуют, в течение первых 3-4 дней как минимум интенсивного наблюдения, к которому сегодня еще не готова наша внебольничная служба. Нас не удовлетворил собственный опыт лапароскопических миомэктомий. Возможности этой операции оказались весьма ограниченными при наличии крупных и глубоко расположенных узлов. У нас также возникли серьезные опасения за полноценность рубца на матке после лапароскопической миомэктомии при наложении эндошвов на рану миометрия после обширной эндокоагуляции тканей ложа узла. В литературе уже появляются описания случаев разрыва матки после таких вмешательств [6].

Оценивая «производственные» ситуации, отнюдь не редко возникающие при лапароскопических операциях, мы пришли к пониманию того, что необходима разработка «промежуточной» технологии, которая может быть использована в случаях, когда лапароскопическое вмешательство становится слишком трудным для хирурга и травматичным для больной, а традиционная открытая лапаротомия остается все же нежелательной.

Эти соображения стали своеобразной методологической базой для разработки, как представляется, достаточно перспективного направления оперативной гинекологии - применения комбинированных операций на матке, в которых органично сочетались бы преимущества лапароскопической

и лапаротомической технологий и к минимуму были бы сведены их недостатки. Речь идет о создании новой технологии, которая, не являясь альтернативной ни лапароскопической, ни лапаротомической технологиям, нашла бы свое место в оперативной гинекологии.

Данная технология вмешательств на матке отрабатывалась на базе надлобковой срединной минилапаротомии, эпизодически используемой в отделении оперативной гинекологии НИИАГ им. Д.О. Отта РАМН. При определенных условиях (толщина подкожного жирового слоя в зоне чревосечения не более 5,0 см) производились операции миомэктомии, надвлагалищной ампутации и экстирпации матки. Кускование органа и (или) опухоли является основой мобилизации матки и остается главным условием успешного выполнения вмешательства. Специальных инструментов не требуется. Методика была разработана проф. Г.А.Савицким как эквивалентный способ вмешательства на матке у лиц, которым по профессиональным соображениям необходимо было избежать массивной травмы передней брюшной стенки, и требовала от хирурга исключительно высокой техники кускования тканей. Соединение минилапаротомии с лапароскопией кардинально изменило условия как радикальных, так и функциональных операций на матке.

Нами разработана принципиальная схема подобного вмешательства, которое начинается с наложения пневмоперитонеума, введения троакаров в брюшную полость, после чего производится лапароскопическое пособие. По его завершении выполняется минилапаротомия и начинается основной этап вмешательства. После окончания последнего рана закрывается и производится контрольный, завершающий операцию, этап лапароскопического пособия.

Основные задачи лапароскопического пособия при данном виде вмешательства заключены в следующем:

- * обеспечение постоянного визуального контроля за любым этапом вмешательства;

- * мобилизация матки;

- * контроль качества выполнения минилапаротомического этапа операции;

- * выполнение сопутствующих лапароскопических вмешательств на матке и придатках.

Как мы уже указывали выше, минилапаротомический этап операции требует от хирурга овладения техникой кускования органа и (или) опухоли. Следовательно, этот вид операции может выполняться только при доброкачественных процессах в матке (миома, аденомиоз, аномалии развития). С целью избежания повышенной кровопотери кускование тканей матки производится при постоянном внутривенном введении утеротонических средств и после мобилизации органа с обязательной эндокоагуляцией маточных сосудов в области внутреннего зева или, если возможно, наложения петлевой лигатуры на эту область матки. При минилапаротомической миомэктомии кускованию подлежат удаляемые узлы. Рана матки закрывается обычными двухрядными узловыми швами - мышечно-мышечными и серозно-мышечными. При надвлагалищной ампутации матки кускованию подвергается ее тело. Культи шейки и пересеченные маточные сосуды обрабатываются обычно. При экстирпации матки после удаления тела органа обычным способом удаляется шейка и обрабатывается культя влагалища. Операции на придатках выполняются с использованием лапароскопической техники. В качестве иллюстрации приведем два наиболее характерных примера.

1. Больная М., 34 года. Дооперационный диагноз: Множественная миома матки. Меноррагия. Вторичная анемия. Бесплодие I.

Обнаружено наличие двух узлов, один диаметром около 5,0 см, интрамурально-субсерозный, исходит из задней стенки тела матки, второй - интерстициально-субмукозный диаметром около 7,0 см - расположен в перешейке матки спереди. Лапароскопическое пособие: ревизия органов малого таза, эндокоагуляция двух субсерозных узлов на задней стенке матки размером около 1,0 см, разделение перитубарных спаек. Хромогидротубация - трубы проходимы. Минилапаротомия. Кускование и удаление узла из задней стенки матки. На рану матки наложен двухрядный узловый кетгутовый шов - мышечно-мышечный и серозно-мышечный. Рассечение стенки матки над перешеечным узлом в поперечном направлении. Кускование узла. Полость матки вскрыта. Рана матки после ревизии ее полости ушита двухрядным швом. Проверка гемостаза. Минилапаротомическая рана ушита. Лапароскопический контроль итогов операции. Туалет брюшной полости. Удаление газа и троакаров из брюшной полости. Удаление миоматозных узлов осуществлялось при постоянном внутривенном введении окситоцина.

2. Больная С., 42 года. Дооперационный диагноз: Аденомиоз (диффузно-узловая форма). Меноррагия. Вторичная анемия. Хронические тазовые боли. При обследовании установлено, что размеры матки соответствуют ее размерам при 12 неделях беременности. Задняя стенка матки утолщена. В правом углу матки узел диаметром 5,0 см. Лапароскопическое пособие: ревизия органов малого таза. Удаление обеих маточных труб. Разделение сращений в области яичников. Эндокоагуляция единичных эндометриодных гетеротопий на листках широких маточных связок. После эндокоагуляции пересечены обе круглые и собственные связки яичника. Вскрыта пузырно-маточная складка и мочевого пузыря отсепарован от шейки матки.

После эндокоагуляции пересечены обе крестцово-маточные связки. Эндокоагуляция восходящих ветвей маточных сосудов. Минилапаротомия. Кускование и удаление тканей тела матки. Наличие у больной диффузно-узловой формы аденомиоза подтверждено. Культия шейки подтянута к минилапаротомической ране. После дополнительной отсепаровки мочевого пузыря с обеих сторон пересечены и перевязаны маточные сосуды. Вскрыт передний влагалищный свод и культия шейки иссечена. Своды влагалища обшиты узловыми швами. К передней стенке влагалища подшита брюшина мочевого пузыря. Проверка гемостаза. Перитонизация над открытым влагалищем. Минилапаротомическая рана ушита. Лапароскопический контроль гемостаза. Туалет брюшной полости. Удаление газа и троакаров из брюшной полости.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что минилапаротомический этап операции выполняется с использованием традиционной техники и обычного инструментария, лапароскопический - специальным инструментарием, с использованием эндокоагуляции тканей и при необходимости наложением эндошвов. Исходя из специфики манипуляций на матке при минилапаротомии, мы не рекомендуем ее использовать при толщине подкожножировой клетчатки, превышающей 5,0-6,0 см. Каковы преимущества рекомендуемой нами технологии операций на матке, которую, повторяем, мы не рассматриваем как альтернативу ни традиционной лапаротомии, ни лапароскопическому доступу? На наш взгляд, этих преимуществ несколько. Первое состоит в том, что при данной технологии минимизируется объем хирургической травмы передней брюшной стенки. Второе - для манипуляции на матке используется традиционная апробированная техника и инструментарий. И, наконец, третье - подобная технология позволяет ра-

дикально оперировать при значительном объеме матки и, что очень важно, формировать относительно полноценные рубцы миометрия при удалении крупных и глубоко расположенных узлов при миомэктомии. К безусловным достоинствам этой технологии можно отнести отсутствие травматизации кишечника салфетками, поскольку нет необходимости его «отгораживать», полностью исключается «подсыхание» тканей, особенно париетальной брюшины, и нет контакта брюшины с кислородом воздуха, так как минилапаротомическое отверстие большую часть времени вмещает тампонируется удаляемой тканью, а подача углекислого газа в брюшную полость не прекращается на протяжении всей операции. Как же эти преимущества новой технологии реализуются во время вмешательства, в раннем и ближайшем послеоперационном периоде? Нами было произведено 60 оперативных вмешательств по описанной выше технологии. В половине случаев (31) выполнение вмешательства заранее планировалось по данной технологии, в других - решение было принято в процессе лапароскопической операции. Было выполнено 27 миомэктомий, в основном при наличии интерстициальных или интерстициально-субмукозных узлов диаметром более 5,0 см. Средний возраст больных 32,6±0,8 года. Средний размер матки соответствовал 11,2±1,2 недели беременности. Средняя кровопотеря во время операции 53,0±4,0 мл, средняя продолжительность вмешательства 86±4 мин. Средний койко-день после операции 6,1±0,2. У 21 женщины произвели надвлагалищную ампутацию матки. Средний возраст 42,4±1,8 года, средний размер удаляемого тела матки составлял 11,2±1,3 недели беременности, средняя кровопотеря 100±15 мл, средняя продолжительность вмешательства 80±6 мин., средний койко-день после операции 5,2±0,7.

12 женщин перенесли экстирпацию матки. Средний возраст больных $45 \pm 1,2$ года, средний размер удаляемой матки соответствовал $9,6 \pm 1,4$ недели беременности, средняя кровопотеря 86 ± 9 мл, средняя продолжительность операции 95 ± 6 мин., средний койко-день после операции $6,1 \pm 1,3$. Среднее содержание гемоглобина у всех оперированных больных до операции составило $115 \pm 3,4$ г/л, на день выписки - $113 \pm 4,6$ г/л. В послеоперационном периоде только у 18 больных из 60 использовались наркотические анальгетики в течение 1 дня. Со второго дня после операции наркотические анальгетики не применяли. Переливание крови ни во время операции, ни в послеоперационном периоде не производили. Парезов кишечника не наблюдалось. На следующий день после операции двигательный режим был свободный. Мы полагаем, что первый опыт использования новой технологии операций на матке позволяет полагать, что подобный тип вмешательств может занять свое место в современной оперативной гинекологии. Некоторые преимущества его перед традиционной лапаротомией обеспечиваются минимизацией хирургической травмы передней брюшной стенки. Использование традиционной технологии операции на матке при минилапаротомии позволяет более безопасно выполнять радикальные операции на матке, избегая обширной коагуляции тканей шейки матки и влагалища, обеспечивает более надежное сшивание тканей миометрия при миомэктоми. Использование лапароскопического пособия одновременно позволяет производить необходимые вмешательства на придатках, разделять сращения, использовать эндокоагуляцию очагов эндометриоза и осуществлять постоянный визуальный контроль за ходом операции. Мы полагаем, что накопление дальнейшего опыта позволит уточнить целесообразность и границы использования этой техно-

логии и усовершенствовать методику производства каждого класса операций на матке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова Р.Д., Шевчукова Н.Ф., Цуладзе Л.К., Лукин А.В. Вспомогательные лапароскопические операции / Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины. - Л., - 1991, - с. 56-57.
2. Савицкий Г.А., Иванова Р.Д., Лукин А.В., Шевчукова Н.Ф. и др. Проблемы «малой» функциональной хирургии в гинекологии / Состояние и актуальные проблемы оперативной гинекологии. - СПб., - 1992, - с. 75-76.
3. Савицкий Г.А., Волков Н.Н., Чукатели Г.Т., Горбушин С.М. и др. Минилапаротомия и лапароскопия в современной хирургии миомы матки / Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины. - СПб., - 1996-1997 гг., - с. 161-162.
4. Савицкий Г.А., Чукатели Г.Т., Волков Н.Н., Горбушин С.М. О некоторых перспективных направлениях развития лапароскопической хирургии в современной оперативной гинекологии / Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины. - СПб., - 1996-1997 гг., - с. 162-163.
5. Савицкий Г.А. «Строгие положения терапии фибромы матки» Д.О. Отта и современные аспекты функциональной хирургии при миоме матки / Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. - 1997, - №3 - с. 84-86.
6. Pelosi M. A. 3-rd., Pelosi M.A. Spontaneous uterine rupture at thirty-the reweeks subsequent previous superficial laparoscopic myomectomy / Am J. Obstet. Gynecol., - 1997 - V. 177 - №6 - pp. 1547-1549.