

С. Б. Сингаевский,
В. К. Ярославский,
А. В. Борисов, В. О. Атласов,
О. Г. Ревина

Многопрофильная Клиника
им. Н.И. Пирогова,
Санкт-Петербург

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИМУЛЬТАННОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

■ Применение эндовидеохирургии в гинекологии позволяет развить новые направления хирургического лечения: плановые симультанные вмешательства, лапароскопическая миомэктомия в сочетании с гистерорезектоскопией субмукозного компонента миомы матки. При симультанных вмешательствах увеличение времени анестезиологического пособия, времени работы хирурга не оказывает отягчающего влияния на течение послеоперационного периода. Возможности лапароскопической консервативной миомэктомии максимально приближены к методам традиционной хирургии. Наблюдение в течение 6–12 месяцев за пациентками после лапароскопической консервативной миомэктомии в сочетании с гистерорезектоскопией субмукозного компонента миомы матки позволяет рассматривать предложенную тактику как альтернативу радикальному хирургическому лечению.

■ **Ключевые слова:** симультанные хирургические вмешательства, миома матки, лапароскопия, гистероскопия.

Актуальность проблемы

В последние годы широкое распространение получили симультанные (сочетанные) оперативные вмешательства в гинекологической и хирургической практике [4].

Преимуществом сочетанных вмешательств является использование единого анестезиологического пособия, уменьшение психологического дискомфорта для пациентки, связанного с необходимостью проведения нескольких операций, а также сокращение периода реабилитации по сравнению с поэтапным (последовательным) способом хирургического лечения.

Решение о симультанном оперативном пособии нередко принимается интраоперационно при выявлении необходимости в осуществлении дополнительного хирургического вмешательства. С нашей точки зрения наиболее перспективным является выполнение плановых сочетанных операций, при которых можно оценить общую картину патологии, определить последовательность и доступ хирургического лечения. Это позволяет осуществить тщательный отбор пациентов с точки зрения их функциональной операбельности, исходящей из анализа соматического анамнеза, а также с учетом желания самого пациента в проведении симультанного вмешательства. В сомнительных случаях окончательное решение об одновременном выполнении нескольких операций принимает консилиум врачей.

Неизбежное последствие такого рода лечения — увеличение времени проведения анестезиологического пособия и времени операции [4]. Однако продолжительность этих временных характеристик всегда оказывается меньше, чем их арифметическая сумма при последовательном проведении хирургического лечения. Эти обстоятельства, как показывает практика, не имеют значимого взаимно отягчающего влияния на течение послеоперационного периода. Иллюстрацией вышеизложенного могут быть следующие наблюдения.

В клинике были проведены: лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с лапароскопической цистэктомией (6 случаев); лапароскопическая герниопластика в сочетании с сальпингоовариолизисом, коагулирующей очагов эндометриоза (3 случая); лапароскопическая нефропексия в сочетании с лапароскопической редукцией спаечного процесса малого таза (1 случай).

Особый интерес представляет следующее наблюдение. Пациентка Т., 49 лет, номер и/б 14412, поступила в клинику 21.11.2000 г. с диагнозом: симптомная миома матки, гиперполименорея, желчекаменная болезнь, калькулезный холецистит, доброкачественное образование лобковой области слева. Соматический анамнез отягощен гипертонической болезнью II стадии, невритом слухового нерва. В 1986 г. пациентке в ином лечебном учреждении выполнены: нижнесрединная лапаротомия, консервативная ми-

омэктомия, резекция левого яичника. В 1992 г. произведены аппендэктомия, резекция части большого сальника по поводу оментита. До госпитализации проведено диагностическое выскабливание полости матки, выявлена железистокистозная гиперплазия эндометрия. Результаты УЗИ малого таза (04.11.2000): матка размером 79–56–82 мм, по правой боковой стенке в области трубного угла субсерозный узел величиной 48–56 мм, левый яичник содержит жидкостную структуру 80–60 мм. Данные УЗИ брюшной полости (03.11.2000): водянка желчного пузыря размером 96–47–44 мм, множественные конкременты до 12 мм в диаметре.

Желанием пациентки явилось проведение симультанного оперативного лечения на желчном пузыре, органах малого таза, удаление доброкачественного образования лобковой области. Клинико-лабораторное и функциональное предоперационное обследования не выявило каких-либо противопоказаний для сочетанного лечения. Первоначально было решено провести оперативное вмешательство на верхнем этаже брюшной полости лапароскопическим методом. Следовало оценить степень выраженности спаечного процесса и выяснить возможность лапароскопического манипулирования в области малого таза.

Под общей анестезией с интубацией трахеи проведен лапароцентез в стандартной точке. При вскрытии брюшной полости в левом подреберье обнаружен обширный спаечный процесс, исключающий осмотр органов малого таза. Левое подреберье свободно от спаек. После эвакуации 100 мл светлой жидкости произведена лапароскопическая холецистэктомия от шейки, нижнесрединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца, надвлагалищная ампутация матки с придатками (учитывая эндометриоидную кисту левого яичника). Удалено доброкачественное образование лобковой области (папиллярный невус). Время анестезиологического пособия 3 ч 35 мин, время работы хирурга 3 ч 20 мин, срок госпитализации 6 суток. Течение послеоперационного периода проходило без осложнений, швы сняты на 7 сутки, заживление первичным натяжением. Срок временной утраты трудоспособности 57 дней. После проведенного оперативного лечения назначена гормональная заместительная терапия.

Важной проблемой до настоящего времени остается хирургическое лечение одного из наиболее распространенных среди женщин заболеваний — миомы матки. История оперативного лечения миомы матки имеет не один десяток лет, однако оптимального решения этой

проблемы еще не достигнуто. В последние годы в связи с широким использованием лапаро- и гистероскопии [1,2,5] появилась возможность нового подхода к хирургическому лечению миомы матки.

Возможности лапароскопии расширяются по мере усовершенствования хирургического инструментария, накопления опыта и улучшения хирургической техники, качества анестезиологического пособия в условиях наложения карбоксиперитонеума или лапаролифта. Все чаще в печатных статьях можно встретить мнение, что нет такой традиционной хирургической операции, которую нельзя было бы выполнить с использованием лапароскопической техники. Данный довод блестяще подтверждают онкогинекологи, проводя тазовую и парааортальную лимфаденэктомию. Выполнение традиционных гинекологических операций (субтотальная, тотальная гистерэктомия) лапароскопическим доступом проводится более 10 лет. Малоинвазивная хирургия обладает рядом преимуществ, позволяя в ряде случаев расширить показания для хирургического лечения, проводить симультанные вмешательства, использовать лапароскопию совместно с другими эндовидеохирургическими методами с учетом имеющихся задач и желания пациентки [3].

У значительного количества женщин на момент выявления миомы матки репродуктивная функция, к сожалению, не реализована. Консервативная миомэктомия, выполненная в условиях лапаротомии, нередко сопровождается развитием спаечного процесса малого таза, что у пациенток с бесплодием крайне нежелательно. Мы хотим поделиться нашими наблюдениями в решении этой проблемы.

Нами произведена лапароскопическая консервативная миомэктомия у 15 пациенток в возрасте от 28 до 39 лет с целью восстановления детородной функции. Всем пациентам проведены рутинные клинико-лабораторные исследования, УЗИ органов малого таза, гистероскопия с кюретажем или биопсией эндометрия, обследование эндокринного статуса. Особенностью рассматриваемой группы явилось наличие у пациенток от 1 до 5 крупных интрамурально-субсерозных миоматозных узлов на широком основании среднего диаметра, равного 10 см, с тенденцией к центрипитальному росту. При гистероскопии деформаций полости матки выявлено не было. В большинстве случаев операция завершена лапароскопическим доступом, на ложе узлов накладывались швы с послойным восстановлением дефекта матки и последующим морцелированием удаленной ткани.

У одной пациентки потребовался переход к лапаротомному доступу в силу невозможности осуществить гемостаз. Следует отметить, что миоматозный узел в данном случае локализовался по ребру матки, нижний полюс его доходил до основного ствола маточной артерии. Средний объем кровопотери составил 100 мл; не наблюдалось ни одного случая развития осложнений как со стороны зоны операции, так и иных (связанных с анестезиологическим пособием). Средний срок пребывания пациенток в стационаре составил 3 суток. Всем пациенткам интраоперационно выполнена хромосальпингоскопия, в 7 случаях — сальпингоовариолизис, в 5 — электрокаутеризация яичников, в 1 — цистэктомия, в 2 — каутеризация малых форм эндометриоза.

У всех женщин через 3 месяца после оперативного лечения на месте удаленных узлов по данным УЗД органов малого таза обнаружены участки повышенной или неоднородной эхоплотности. На протяжении 6–12 месяцев наблюдения рецидивы миомы не выявлены. Терапия агонистами гонадотропных гормонов (АгГРГ) назначена 5 пациенткам (бусерелин, диферелин) на протяжении 3 месяцев. В одном случае — при неполном удалении очагов эндометриоза, у 4 пациенток — с быстрым ростом миоматозных узлов в анамнезе. У одной пациентки через 2 месяца после оперативного лечения наступила маточная беременность, закончившаяся самопроизвольным абортom при сроке 6–7 недель.

При наличии субмукозной формы миомы матки (12 человек в возрасте от 37 до 51 года), размеры которой не превышают 12-недельный срок беременности, было проведено органосохраняющее лечение. Основополагающими методами обследования являлись: эхография малого таза и диагностическая гистероскопия. Определялось сочетание интрамурально-субсерозных и интрамурально-субмукозных миоматозных узлов (1 и 2 типа). Всем пациенткам выполнено резектоскопическое удаление миоматозных узлов под контролем лапароскопа со стороны брюшной полости с консервативной миомэктомией. У пациенток перименопаузального возраста дополнительно проведена абляция эндометрия. В послеоперационном периоде назначались АгГРГ на 3–6 месяцев в зависимости от переносимости препарата и данных контрольного осмотра через 3 месяца после оперативного лечения. Наблюдение за пациентами в течение 6–12 месяцев выявило положительные результаты лечения (отсутствие рецидива опухоли, нормализацию менструального цикла или аменоррею), что позволяет рассматривать пред-

ложенную тактику как возможную альтернативу радикальному хирургическому лечению.

Таким образом, лапароскопическая консервативная миомэктомия по своим техническим возможностям максимально приближается к методам традиционной хирургии, оставляя за собой все преимущества малоинвазивного вмешательства; в сочетании с гистерорезектоскопией она позволяет расширить показания к органосохраняющему лечению при миоме матки. Выполнение плановых симультанных оперативных вмешательств несколькими хирургическими бригадами (гинекологи, хирурги, урологи) позволяет достичь конечного результата лечения в краткие сроки и существенно сократить время реабилитации больных. Быстрое восстановление качества жизни, обеспечиваемое эндовидеохирургическими методами, побуждает нас к дальнейшему исследованию данной проблемы. Весьма существенное значение, как нам представляется, в этих условиях приобретает проблема функциональной операбельности.

Литература

1. Дивакова Т.С. Лапароскопия и антигормоны в реабилитации репродуктивной функции больных миомой матки // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней. — М., 2001. — С. 132–134.
2. Ткаченко Э.Р., Адамьян Л.В., Киселев С.И. Удаление подслизистых и межмышечных миом с центрипитальным ростом узла: сравнительный анализ различных доступов миомэктомии (чревосечение, лапароскопия, гистероскопия) // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней. — М.: 2001. — С. 108–113.
3. Mais V., Ajossa S., Guerriero S., Mascia M., Solla E., Melis G.B. Laparoscopic versus abdominal myomectomy: a prospective, randomized trial to evaluate benefits in early outcome // American Journal of Obstetrics and Gynecology — 1996. — Vol. 174. — P. 654–658.
4. Molloy D., Crosdale S. National trends in gynaecological endoscopic surgery. // Aust N Z J. Obstet Gynaecol. — 1996. — Vol. 36. — P. 27–31.
5. Reich H., Thompson K.A., Nataupsky L.G., Grabo T.N., Seckel L. Laparoscopic myomectomy: an alternative to laparotomy myomectomy or hysterectomy? // Gynaecological Endoscopy. — 1997. — Vol. 6. — P. 7–12.

THE APPLICATION OF SIMULTANEOUS TREATMENT COMBINED WITH ENDOVIDEOSURGERY IN CASE OF GYNECOLOGICAL DISORDERS

Singaevsky S.B., Yaroslavsky V.K., Borisov A.V., Atlasov V.O., Revina O.G.

■ **The summary:** In this article we present considerable data about simultaneous operations in case of combination both surgical and gynecological pathology. The character of operative interactions is also discussed. There we show the results that characterize the application of laparoscopy and hysteroresectoscopy in case of treatment of differently located uterus myoma.

■ **Key words:** simultaneous operations, uterus myoma, laparoscopy.