

**И. О. Маринкин, В. М. Кулешов, Л. А. Пивень**

Новосибирский государственный медицинский университет  
Красный просп., 52, Новосибирск, 630091, Россия  
E-mail: rector@medin.nsc.ru

## **ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Приведен опыт проведения 4 870 оперативных лапароскопий при лечении гинекологических больных. Определены приоритеты для различных доступов при лечении различной гинекологической патологии. Лапароскопический доступ является оптимальным при оперативном лечении больных с бесплодием трубного и яичникового генезов, а также у больных с кистами и доброкачественными опухолями яичников. Лапаротомический доступ является оптимальным при оперативном лечении женщин репродуктивного возраста с множественными фибромиомами тела матки. Вагинальный доступ имеет ряд преимуществ при необходимости полного удаления матки.

*Ключевые слова:* оперативная гинекология, лапароскопия, лапаротомия.

Лапароскопия в последние годы прочно вошла в практику оперативной гинекологии, однако следует отметить необоснованное увлечение данным доступом при оперативном лечении некоторых форм гинекологической патологии.

Личный опыт в проведении 4 570 оперативных лапароскопий позволил представить свое мнение по ряду дискуссионных вопросов относительно места лапароскопического доступа в гинекологии.

Оперативные вмешательства по поводу кист и доброкачественных кистом яичников были проведены в 1 517 случаях. Истинные опухоли яичников обнаружены у 943 больных, фолликулярные кисты и кисты желтого тела (диагноз был поставлен после удаления капсул при гистологическом исследовании) – у 210, эндометриоидные кисты – у 302 лиц. У 62 женщин проведено удаление параовариальных кист. Удаление пораженных придатков матки произведено у 141 женщины старше 40 лет с доброкачественными кистами яичников, надвлагалищная ампутация матки с придатками – у 210 больных, в остальных случаях проводилось вылушивание кист и кистом.

При оперативном лечении больных с кистами и доброкачественными опухолями яичников лапароскопическим доступом размеры опухоли не имеют принципиального значения, так как после пункции и аспирации

содержимого оперативное вмешательство даже при больших кистах (до 3 л) не представляет особых затруднений.

При вылушивании кист и кистом в начале своей работы мы ушивали яичник; в последние годы применяем только электрокоагуляцию без наложения швов на оставшуюся часть яичника. При большой раневой поверхности предпочтительным является биполярная электрокоагуляция. Некоторые затруднения бывают при лапароскопическом удалении дермоидных кистом. Рациональной является, по нашему мнению, следующая тактика: пункция образования, аспирация жидкого содержимого кистомы с применением теплого (до 40 °С) физиологического раствора, с последующим вылушиванием капсулы. Уменьшенное в результате удаления жира образование укладывается в полиэтиленовый контейнер (пакет от капельницы), края которого выводятся через 10 мм разрез (место введения бокового троакара) на переднюю брюшную стенку. Окончатым зажимом или абсорбангом по частям извлекается из контейнера содержимое дермоидной кистомы (волосы, плотные компоненты), затем извлекается сам контейнер с капсулой кистомы.

Следует отметить возможность применения лапароскопического доступа при удалении доброкачественных образований яичников при беременности. Мы имеем по-

ложительный опыт лапароскопического удаления кистом яичников у 58 беременных при сроке гестации 16–24 недели. Единственной особенностью техники проведения операции у беременных при сроках гестации 18 недель и более является введение основного троакара по средней линии выше пупка.

Особое значение лапароскопический доступ имеет при хирургическом лечении больных с эндометриодными кистами яичников. Эндоскопическая техника с использованием эндовидения позволяет более бережно и, тем не менее, более полно удалить капсулу кисты и видимые эндометриодные гетеротопии, провести электрокоагуляцию с применением монополярного электрода ложа кисты и всех видимых очагов эндометриоза, что снижает опасность рецидива заболевания и развития послеоперационного спаечного процесса. Следует отметить, что из 302 больных с эндометриодными кистами яичников у 116 женщин была IV степень патологического процесса. Имея значительный опыт оперирования эндометриодных кист яичников полостным доступом, мы утверждаем, что лапароскопический доступ позволяет более полно удалить патологическую ткань. Мы придерживаемся тактики «резекции пораженного яичника в пределах здоровой ткани».

Лапароскопическому доступу нет альтернативы при хирургическом лечении трубно-перитонеального бесплодия и синдрома поликистозных яичников. Проведенное у 2 403 женщин лечение трубного и трубно-перитонеального бесплодия показало, что лапароскопия позволяет проводить полноценное оперативное лечение с использованием тонкой «препаровочной» техники при любой степени выраженности спаечного процесса. Традиционная сегодня лапароскопическая резекция яичников была проведена 96 больным с синдромом поликистозных яичников. В настоящее время лапаротомический доступ при лечении воспалительного бесплодия и синдрома поликистозных яичников должен быть исключен из практики, как не выдерживающий конкуренции с эндоскопическим.

Важным является вопрос о роли лапароскопического доступа в ургентной гинекологии, прежде всего это касается хирурги-

ческого лечения трубной беременности и апоплексии яичника. Имея опыт оперативного лечения трубной беременности у 134 женщин при кровопотере от 0 (прогрессирующая трубная беременность) до 1 600 мл, считаем, что практически нет противопоказаний к эндоскопическому доступу при лечении трубной беременности. При эндоскопическом доступе можно более часто применять органосохраняющие операции. При лечении апоплексии яичника лапароскопический доступ является более предпочтительным, так как, по нашим данным, экстренное оперативное лечение полостным доступом проводится при апоплексии I степени у 87 % женщин, оперативное лечение которых на этапе вскрытия брюшной полости является неоправданным. Лапароскопия позволяет в сложных диагностических ситуациях исключить полостную операцию при апоплексии I степени и предотвратить ее переход во II и III степень тяжести. Мы с успехом применяли эндоскопический доступ при лечении 54 пациенток с апоплексией яичника.

С возрастанием частоты воспалительных заболеваний органов малого таза у молодых женщин актуальным является проблема лечения гнойных образований придатков матки. Хирургическое лечение лапароскопическим доступом с хорошим эффектом было проведено 32 больным (27 – с пиосальпинксами, 5 – с трубно-яичниковыми гнойными образованиями). В 25 случаях проведены органосохраняющие операции, у 7 пациенток произведено удаление пораженных маточных труб. Имея опыт традиционного хирургического подхода при лечении гнойных образований придатков матки, считаем целесообразным расширение показаний к лапароскопическому методу лечения данной патологии у женщин, не выполнивших свою «репродуктивную программу».

Единогласного мнения о преимуществах эндоскопического доступа при хирургическом лечении фибромиомы тела матки нет. Консервативная миомэктомия по поводу субсерозных и интерстициосубсерозных фиброматозных узлов проведена у 519 женщин. В большинстве случаев наложение швов на матку не проводилось. В 87 случаях в связи с большой раневой поверхностью на матке после удаления крупных интерстициосуб-

серозных фиброматозных узлов проводилось ушивание ложа. В 6 случаях в связи с массивным кровотечением при вылуцивании крупных (более 8 см в диаметре) интерстициосерозных фиброматозных узлов нам пришлось перейти к полостной операции. Полагаем, что проведение консервативной миомэктомии лапароскопическим доступом особенно при интерстициальной локализации узлов требует качественного оборудования, большого опыта и высокого мастерства и не найдет широкого признания в гинекологической практике. Необходимо расширять показания к эндоскопическому удалению миоматозных узлов на начальных стадиях заболевания, когда опухолевые узлы имеют еще небольшие размеры. Это позволит избежать тех технических трудностей, которые возникают при лапароскопическом удалении больших узлов и ограничивают возможности данного доступа при лечении больных с фибромиомой тела матки. Следует отметить, что предоперационная подготовка с использованием агонистов гонадотропинов (диферелин) значительно облегчает проведение миомэктомии лапароскопическим доступом.

При множественной фибромиоме, больших размерах узлов более рациональным является лапаротомический доступ. При этом через небольшой поперечный разрез можно провести консервативную миомэктомию любой сложности за меньшее время и с наименьшей кровопотерей. Это особенно важно при оперативном лечении женщин, планирующих беременность, так как бережное удаление множества фиброматозных узлов острым способом с последующим наложением швов создает лучшие условия для репаративных процессов, чем вылуцивание узлов электрохирургическим инструментом, даже с последующим ушиванием травмированной стенки матки лапароскопическим доступом.

Проблемы коррекции опущения матки и стенок влагалища, недержания мочи находятся в центре внимания гинекологов, так как эта патология является важной причиной ухудшения качества жизни женщины. При опущениях и выпадениях мы применили у 115 больных комбинированное хирургическое лечение в объеме передней, задней кольпорафии, перинеолеваторопластики с вентро-

суспензией матки за круглые связки к апоневрозу передней брюшной стенки, произведенной лапароскопическим доступом.

Дискуссионным является вопрос выбора оперативного доступа при удалении матки. Нами у 766 пациенток использованы три доступа: у 327 – лапаротомический, у 225 – влагалищный и у 214 – лапароскопический.

Размеры матки при классическом брюшно-стеночном доступе были от 6 до 24 недель беременности, при влагалищном и при лапароскопическом доступах – от 6 до 16 недель.

При лапаротомическом доступе всегда применялся разрез по Пфанненштилю, модифицированный в нашей клинике. Особенности применяемого разреза являлись: 1) снижение высоты поперечного разреза, разрез производился по верхнему краю лонного сочленения; 2) длина разреза от 6 до 8 см; 3) апоневроз рассекался двумя разрезами в виде угла, вершина которого располагалась по средней линии на уровне кожного разреза, а катеты поднимались резко вверх до наружного края влагалищных прямых мышц живота.

Подобная модификация разреза позволяла при небольшом и низко расположенном поперечном надлобковом разрезе иметь достаточный оперативный доступ для удаления матки до 24 недель беременности.

Из 225 влагалищных гистерэктомий у 74 женщин заболевание матки сочеталось с опущением или выпадением матки, в остальных случаях выраженного опущения не выявлено.

Лапароскопическим доступом произведено 2 субфасциальные гистерэктомии по Земму, 23 экстирпации матки, 41 экстирпация матки с лапароскопической ассистенцией и 159 надвлагалищных ампутаций матки.

Учитывая наш опыт применения различных оперативных доступов при удалении матки, можно сделать следующие выводы.

1. Удаление матки даже больших размеров через поперечный надлобковый разрез является довольно простой операцией и позволяет удалять матку даже значительного размера, не требует дорогостоящего оборудования и еще долгое время будет занимать основное место при выборе оперативного доступа.

2. Влагалищный доступ, широко применяемый в гинекологической практике при удалении матки при опущении и выпадении, должен занять достойное место и при экстирпации матки без опущения. При определенном навыке влагалищный доступ имеет преимущества перед лапаротомическим и лапароскопическим доступами как более простое и менее длительное оперативное вмешательство. Практически через влагалище можно удалять матки довольно больших размеров (на нашем опыте до 16 недель беременности), хотя этот доступ наиболее применяем при удалении небольших органов (до 8 недель), например при субмукозной локализации фиброматозного узла, аденомиозе, рецидивирующем полипозе эндометрия, так как при небольших матках длительность операции не превышает 50 мин. Течение послеоперационного периода после влагалищной экстирпации является наиболее благоприятным в плане болевого синдрома и послеоперационной активизации пациенток.

3. Применение эндоскопического доступа для тотальной экстирпации матки без использования специального маточного манипулятора является довольно длительной операцией. Использование этого доступа ограничено размерами матки, так как при размерах ее свыше 10 недель беременности оперативное вмешательство с использованием стандартного для гинекологии набора инструментария является довольно сложным оперативным вмешательством и не имеет преимуществ перед лапаротомическим доступом. При использовании специального маточного манипулятора данная операция не представляет особой трудности. Субфасциальная гистерэктомия по Земму, произведенная лапароскопиче-

ским доступом, является относительно простой операцией, которая вполне может конкурировать с тотальной гистерэктомией. Влагалищная экстирпация матки с лапароскопической ассистенцией не ускоряет проведение операции, но затрудняет проведение перитонизации, поэтому не имеет преимуществ перед стандартной влагалищной экстирпацией или лапароскопической при наличии необходимого инструментария.

### Заключение

Современное развитие эндоскопической техники позволяет провести все гинекологические операции лапароскопическим доступом, но лишь при операциях на придатках матки данный доступ является предпочтительным. Применение лапароскопии для экстирпации матки ограничено размерами матки и необходимостью специального маточного манипулятора для экстирпации. Проведение миомэктомии крупных интерстициосубсерозных фиброматозных узлов лапароскопическим доступом у женщин, не выполнивших свою репродуктивную программу, в подавляющем большинстве случаев неоправданно.

Современное развитие оперативной гинекологии, несомненно, расширит возможности эндоскопического доступа, хотя следует отметить, что лапароскопия – это лишь оперативный доступ при проведении различных операций, в том числе и в гинекологии. Этим доступом наряду с лапаротомическим и вагинальным должен владеть каждый оперирующий гинеколог, но расширение клинического опыта подразумевает и расширение операционных возможностей.

*Материал поступил в редколлегию 11.03.2007*

I. O. Marinkin, V. M. Kuleshov, L. A. Piven

### The value of operative laparoscopy in gynecologic practice

This article presents the experience of 4 870 operative laparoscopies in gynecologic practice. The access priorities were defined for Laparoscopic treatment in different cases of gynecologic pathology. The Laparoscopic method was optimal upon operative treatment in patients with such pathology, as infertility of tubal or ovary genesis, also in patients with cysts and majority of ovary tumors; in reproductive age women, having numerous uterine fibromas. Transvaginal access is more preferable in situation of uterine extirpation.

*Keywords:* gynecology, laparoscopy, laparotomy.