

МЕСТО И РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Академик НАН Украины В.И. ГРИЩЕНКО, профессор Н.А. ЩЕРБИНА,
профессор О.П. ЛИПКО, д.м.н. Л.В. ПОТАПОВА, к.м.н. И.Н. ЩЕРБИНА

Харьковский государственный медицинский университет

Обобщен клинический опыт по проведению лапароскопий на кафедре акушерства и гинекологии № 1 Харьковского государственного медицинского университета за период с 1996 по 2003 г. Освещены преимущества, показания и технические особенности проведения лапароскопий при различных гинекологических заболеваниях.

Эру гинекологической эндоскопии более 100 лет тому назад (1901) открыл Д.О. Отт, который разработал специальные зеркала, оснащенные лампами, операционный стол, внедрил положение Тренделенбурга и выполнил спонтанный пневмоперитонеум.

В настоящее время хирургическая эндоскопия получила весьма широкое распространение в гинекологической практике, являясь не только основным хирургическим доступом для большинства оперативных вмешательств при бесплодии, опухолевидных процессах яичников и маточных труб, эндометриозе, но и альтернативой традиционной лапаротомической и влагалищной гистерэктомии [1].

В акушерско-гинекологическом центре специализированного 5-го родильного дома лапароскопические вмешательства широко применяются более 20 лет. Число лапароскопических вмешательств за последние несколько лет увеличилось в 2,5–3 раза. В период с 1996 по 2003 г. проведено более 1700 лапароскопий, из них 96% составили оперативные вмешательства на придатках матки. Анализ многолетней деятельности клиники позволяет высказать свое мнение об особенностях выполнения эндоскопических операций в зависимости от характера патологии и затронуть ряд вопросов, касающихся применения эндоскопии в гинекологической практике.

Наш клинический материал свидетельствует о том, что чаще всего показаниями к лапароскопии являются доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников, синдром поликистозных яичников (СПКЯ), трубная беременность, патологические изменения маточных труб, генитальный эндометриоз, фибромиома матки, трубно-перитонеальные формы бесплодия. Реже лапароскопия производится при других видах гинекологической патологии.

Наиболее частым показанием к лапароскопии являются опухолевидные образования яичников и СПКЯ.

По нашему мнению, наличие любого овариального образования, которое сохраняется у больных на протяжении более 3 менструальных циклов, должно являться показанием для лапароскопии. Такое положение базируется на том, что опухолевидные образования яичников (кисты, серозоцеле (сакатные псевдокисты), параовариальные кисты) очень сходны с истинными опухолями яичников, в связи с чем всегда сложно однозначно прогнозировать характер выявленного объемного образования. Только развернутое гистологическое

исследование позволяет вынести окончательное суждение о характере опухоли яичника. Поэтому проведение лапароскопии в таких ситуациях вполне оправдано, так как только при оперативном вмешательстве можно оценить характер опухоли по внешнему виду, расположению, внутреннему строению, состоянию капсулы, произвести гистологическую экспресс-диагностику и определить адекватный объем оперативного вмешательства, тем более что лапароскопия при необходимости всегда может перейти в лапаротомию.

За указанный выше период нами было обследовано и пролечено 865 пациенток с различными новообразованиями яичников. Из них только у 79 (9,1%) кисты, обнаруженные при исследовании и подтвержденные УЗ-сканированием, исчезли в течение двух менструальных циклов, что позволило отнести их к числу «функциональных». Речь идет о фолликулярных кистах или кистах желтого тела. В таких случаях мы считаем необходимым дальнейшее наблюдение за пациентками в динамике с определением у них уровня онкомаркеров (СА-125, СА-19-9, РЭА и др.). В случае рецидива новообразования яичника или повышения уровня онкомаркеров таким пациенткам необходимо проводить лапароскопию.

Лапароскопия была произведена 786 (90,8%) пациенткам с овариальными образованиями. При этом у 66 (8,4%) из них были обнаружены фолликулярные кисты; у 39 (5,0%) — кисты желтого тела; у 216 (27,5%) — эндометриоидные; у 73 (9,3%) — параовариальные; у 167 (21,2%) — дермоидные кисты яичников; у 183 (23,3%) — доброкачественные эпителиальные опухоли яичников (кистомы); у 42 (5,3%) — серозоцеле. Сакатные псевдокисты (серозоцеле) были проявлением спаечного процесса в малом тазу, но расположение его около яичника заставляет рассматривать серозоцеле как опухолевидное образование яичника, несмотря на то, что лечение ограничивается разделением спаек.

У 74 (40,4%) из 183 пациенток с доброкачественными эпителиальными опухолями яичников на внутренней поверхности серозной кистомы были обнаружены сосочковые разрастания, в связи с чем этим больным была произведена аднексэктомия и биопсия второго яичника. При отсутствии патологических изменений в биоптате яичник сохраняли. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений, практически все они были выписаны на 4–5-е сутки после операции. Катамнестическое наблюдение за больными показало, что лапароскопический доступ при хирургическом

ческом вмешательстве является весьма эффективным, малотравматичным, предупреждает развитие впоследствии спаечного процесса, что имеет место после лапаротомических доступов, и, при условии обеспечения адекватного объема операции, показан при доброкачественных опухолях и опухолевидных образованиях яичников, особенно у нерожавших пациенток.

Методами лапароскопической хирургической коррекции СПКЯ являются традиционная клиновидная резекция яичников, электрокаутеризация, термо- или лазерная каутеризация. Выбор лапароскопического лечения при данной патологии зависит от размеров яичников, клинической формы поликистоза и гистоструктуры яичниковой ткани (интраоперационного гормонального спектра и др.).

Под нашим наблюдением за период с 1996 по 2003 г. находилось 126 женщин с СПКЯ, из которых у 89 (70,6%) отмечалось бесплодие и нарушение менструального цикла, у 37 (29,4%) — только нарушение менструального цикла. При УЗИ, в зависимости от расположения фолликулов по отношению к гиперэхогенной строме, у 62 (49,2%) больных было установлено диффузное расположение фолликулов, у 64 (51,0%) — периферическое. Яичниково-маточный индекс у 83 (65,9%) пациенток составлял $5,2 \pm 0,4$, у 43 (34,1%) — $4,0 \pm 0,5$.

Всем больным с СПКЯ была произведена лапароскопия. Наш опыт проведения лапароскопических операций при этой патологии дает основание рекомендовать при яичниково-маточном индексе $4,5 \pm 0,4$ и более или при периферическом расположении фолликулов, независимо от величины яичниково-маточного индекса, проведение клиновидной резекции яичника с последующим сшиванием краев разреза. В случае диффузного расположения фолликулов и при значении яичниково-маточного индекса $3,8 \pm 0,3$ и менее достаточным объемом операции является каутеризация яичников, которая позволяет ликвидировать глубоко диффузно расположенные атретичные фолликулы и сохранить при этом достаточный объем яичниковой ткани.

У больных после лапароскопического вмешательства на яичниках в течение полугода менструальный цикл нормализовался. У 39 (30,9%) больных после клиновидной резекции яичников и у 19 (15,1%) больных после электро- или каутеризации в течение 1,5–2 лет наступала беременность без стимуляции. У 12 (9,5%) больных после клиновидной резекции и у 10 (7,9%) больных после электрокаутеризации беременности наступали в течение 2 лет с дополнительной стимуляцией овуляции клостилбегитом.

Анализ отдаленных результатов лечения (5–10 лет наблюдения) у 126 пациенток свидетельствует о достоверно большей ($p < 0,05$) частоте рецидива СПКЯ после каутеризации яичников (41,3%), чем после резекции (12,3%). Рецидивы наблюдались у пациенток с длительностью ановуляции более 7 лет, у больных с ожирением, а также при диффузном расположении фолликулов при СПКЯ [2].

Довольно широко лапароскопию необходимо применять для диагностики и лечения трубно-перитонеального бесплодия. Связано это прежде всего с тем, что гистеросальпингография не является абсолютно

объективным методом диагностики, так как в известном проценте случаев дает ложноотрицательные результаты, связанные с техническими особенностями манипуляции; кроме того, перитубарный спаечный процесс объективно можно диагностировать и устранить только при лапароскопии.

Лапароскопия была проведена нами у 416 пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия, из которых у 302 (72,6%) производились неосальпингостомии, фимбриопластики, сальпингоовариолизис, у 114 (27,4%) — только сальпингоовариолизис. У всех больных во время операции проводилась оценка проходимости маточных труб методом хромосальпингоскопии. Рассечение спаек проводилось ножницами и с помощью монополярного электрокоагулятора, который позволяет не только рассекать спайки, но сразу осуществлять и коагуляцию сосудов. Особую осторожность следует соблюдать при расположении спаек вблизи кишечника, мочеточников и крупных сосудов. Необходимо помнить, что при рассечении спаек электроножом за счет наводящих токов может происходить электротравма кишки, находящейся в отдалении от места манипуляции.

Дискуссионным до настоящего времени остается вопрос о целесообразности рассечения спаек вокруг левых придатков матки, когда последние интимно спаяны с сигмовидной кишкой в результате перенесенного сигмоидита, поскольку в большинстве случаев (~90%) после ликвидации спаечного процесса этой локализации спайки образуются вновь.

Наш опыт ведения больных при трубно-перитонеальном бесплодии свидетельствует о том, что после лапароскопии таким пациенткам необходимо проведение реабилитационных мероприятий, включающих биостимулирующую, иммуностропную, противовоспалительную терапию, а также назначение препаратов, улучшающих реологические свойства крови и метаболизм ткани. Большое значение следует придавать физиотерапии, бальнеотерапии. Хотим подчеркнуть, что после проведенных реабилитационных мероприятий при контрольной лапароскопии у 80–85% больных спаечный процесс отсутствовал, маточные трубы были проходимы, что говорит о высокой эффективности сочетания лапароскопии с реабилитационной терапией при лечении трубно-перитонеальных форм бесплодия. У 15–20% больных при контрольной лапароскопии отмечался спаечный процесс I–II степени, в основном это были больные с различными формами скрытой инфекции (хламидиоз, гонорея и т.д.).

Широкое применение получила лапароскопия для диагностики и лечения внематочной беременности. Ее несомненные преимущества перед лапаротомическим доступом постепенно вытесняют последний. К лапаротомии следует прибегать лишь в urgentных ситуациях, когда прерывание трубной беременности происходит по типу разрыва трубы и сопровождается выраженным геморрагическим шоком, а также в случае внематочной беременности другой локализации (брюшная, в рудиментарном роге и т.д.).

В случаях прогрессирующей трубной беременности или прерывающейся по типу трубного аборта, когда общее состояние пациентки удовлетворительное, оправдано применение лапароскопии, при которой

возможно удаление плодного яйца из маточной трубы без нарушения ее целостности (методом выдавливания), или сальпинготомии с последующей термо- или электрокоагуляцией краев разреза. Обязательным условием операции является тщательное удаление остатков крови и санация брюшной полости.

В некоторых случаях, когда существуют сомнения в полном удалении элементов плодного яйца из маточной трубы, целесообразно введение метотрексата (25–30 мг) в маточную трубу в зону локализации плодного яйца [3].

Сравнительный анализ эффективности различных методов лапароскопического лечения трубной беременности (по данным контрольных лапароскопий) свидетельствует о том, что проходимость маточной трубы сохраняется в 100% случаев, если удаление плодного яйца производилось методом выдавливания, в 50–70% случаев — если после сальпинготомии и удаления плодного яйца коагуляция краев разреза производилась методом термокоагуляции, и лишь в 5% случаев — при использовании электрокоагуляции. Таким образом, удаление плодного яйца из маточной трубы методом выдавливания наиболее эффективно в плане сохранения транспортной функции маточной трубы. Однако, к сожалению, использование этого метода возможно только при локализации плодного яйца в ампулярной части маточной трубы, что ограничивает возможности данного хирургического приема.

Большое значение лапароскопия приобрела в диагностике и лечении эндометриоза, особенно его «малых форм». По нашим данным, у 298 (55,0%) из 542 пациенток, прооперированных по поводу трубно-перитонеального бесплодия или СПКЯ, впервые были диагностированы «малые формы» эндометриоза различной локализации. В таких случаях производилась электрокоагуляция очагов эндометриоза при их расположении на яичниках и термокоагуляция при их ретроцервикальной локализации, на круглых маточных связках и париетальной брюшине. В послеоперационном периоде такие больные получали антигонадотропины или синтетические прогестины в зависимости от локализации и степени распространения

эндометриоидных гетеротопий в течение 3–6 мес [4]. При повторных лапароскопиях через 6–12 мес частота рецидивов колебалась от 9 до 18%.

В последние годы у больных миомой матки все шире используются эндоскопические операции. Лимитирующими являются лишь факторы, связанные с локализацией и размещением миоматозных узлов. При интралигаментарном, межмышечном или субмукозном расположении фиброматозных узлов лапароскопические операции не оправданы из-за их длительности.

Нами обследованы и эндоскопически прооперированы 80 пациенток с миомой матки. Локализация миоматозных узлов была в основном субсерозная. Множественная миома диагностирована в 54% случаев. Диаметр удаленных узлов колебался от 0,5 до 7,5 см. Операция заключалась в рассечении стенки матки над узлом после предварительной термокоагуляции, выщипывании узла и при необходимости в дополнительном гемостазе при помощи петель Редерера. Удаление фиброматозных узлов производили частями при помощи марцелятора фирмы «Wisap» через контрапертуры.

В литературе дискутируется вопрос о целесообразности проведения гистерэктомии эндоскопическим доступом. Результаты наших исследований позволяют сделать вывод, что удаление матки лапароскопическим доступом является технически сложным и длительным оперативным вмешательством, которое не может конкурировать с традиционной лапаротомией или влагалищной экстирпацией матки.

Таким образом, основываясь на нашем клиническом опыте по проведению лапароскопий, мы полагаем, что данная методика хирургического вмешательства имеет несомненные преимущества по сравнению с традиционными методами. Снижение длительности операции в 2–3 раза, сокращение койко-дня, возможность быстрой реабилитации, высокая частота наступления беременности свидетельствуют о явных преимуществах лапароскопии при лечении различных гинекологических заболеваний и позволяют рекомендовать ее как перспективный для использования в практической гинекологии метод.

Л и т е р а т у р а

1. Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / Под ред. акад. РАМН В.И. Кулакова, проф. Л.В. Адамян. — М: Медицина, 1998. — 536 с.
2. Манухин И.Б., Геворкян М.А., Бухаркина О.Б. Восстановление репродуктивного здоровья у больных с синдромом поликистозных яичников // Акуш. и гинекол. — 2002. — № 2. — С. 18–21.
3. Демиденко А.Д. Лікування прогресуючої трубної вагітності метотрексатом і наступна реабілітація хворих із використанням кріоконсервованої плацентарної тканини: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харків, 2002. — 17 с.
4. Потанова Л.В. Сучасні підходи до етіопатогенезу і лікування генітального ендометріозу: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Харків, 2003. — 36 с.

Поступила 28.01.2004

THE PLACE AND ROLE OF LAPAROSCOPY IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GYNECOLOGICAL DISEASES

V.I. Grischenko, N.A. Scherbina, O.P. Lipko, L.V. Potapova, I.N. Scherbina

S u m m a r y

The clinical experience of laparoscopy at Obstetrics and Gynecology Department No. 1 of Kharkiv State Medical University from 1996 to 2003 is generalized. The advantages, indications, and technical peculiarities of laparoscopy in various gynecological diseases are featured.