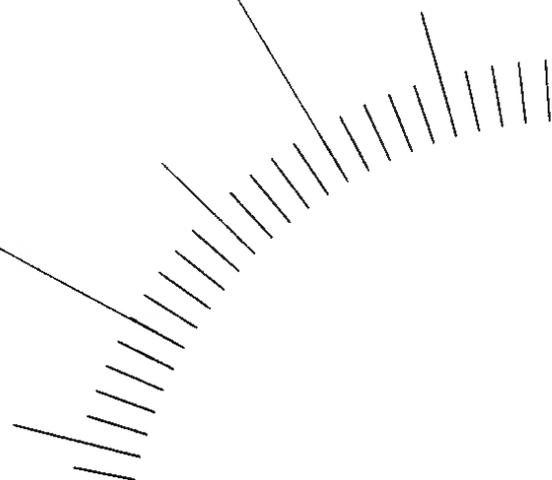


ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

(актовая речь)

Академик РАМН
Савельева
Галина Михайловна



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**Академик РАМН
Савельева Галина Михайловна**

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ
ХИРУРГИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ**
(актовая речь)

Москва 2002

Эндоскопия (лапаро- и гистероскопия) явилась революционным этапом в развитии гинекологической хирургии. Визуализация органов малого таза и внутренней поверхности матки позволили повысить качество и обеспечить своевременность диагностики гинекологических заболеваний, осуществить при необходимости мониторное наблюдение за течением патологического процесса под влиянием медикаментозной терапии. Внедрение в практику эндоскопической хирургии привело к возможности осуществлять органосохраняющие операции, что важно в любом возрастном периоде, особенно в пубертатном и репродуктивном.

Впервые лапароскопия и гистероскопия начали производиться с 1977 года на базе 31 городской клинической больницы (главный врач - д.м.н. Голухов Г.Н.). Лапароскопия сначала осуществлялась в основном с диагностической целью, а хирургия заключалась в «малых» операциях и манипуляциях: биопсия яичника, коагуляция кровотока, адгезиолизис. В последующем начали производиться операции на придатках матки: удаление трубно-перитонеального фактора бесплодия, создание искусственной непроходимости труб с целью контрацепции, при внематочной беременности, яичниковых образованиях, а в 1994 году произведена первая гистерэктомия. С 1995 года лапаро- и гистероскопия широко используются и модернизируются в гинекологических отделениях как в 31 клинической больнице, так и в Центре планирования семьи и репродукции Комитета здравоохранения Москвы (ЦПСИР) (главный врач - д.м.н., доцент Курцер М.А.). К настоящему времени число операций, произведенных лапароскопически, составило более 22000. За последние 5 лет лапароскопическим доступом были выполнены 8401 операций, из них: на придатках матки - 6674, гистерэктомия - 1097, консервативная миомэктомия - 396; иссечение глубокого инфильтративного эндометриоза - 184. Количество экстренных операций соста-

вило 1868: по поводу трубной беременности - 914, апоплексии яичников - 474. перекрута ножки яичникового образования - 132, при острых воспалительных заболеваниях придатков матки - 348.

В гинекологической клинике педиатрического факультета РГМУ гистероскопия как диагностическая, так и операционная используется в течение многих лет. Визуализация внутренней поверхности матки создала новое направление в изучении внутриматочной патологии. Совершенствованием эндоскопического оборудования и инструментария, расширились возможности в оперативной гистероскопии, внедрялись и совершенствовались различные методики эндоскопических операций трансцервикальным доступом. Последние 6 лет арсенал выполняемых гистероскопических операций значительно пополнился с внедрением электрохирургической методики. На современном уровне перечень выполняемых гистероскопических операций так возрос, что появился новый раздел оперативной гинекологии - эндохирургия матки или внутриматочная хирургия. Часть из выполняемых на сегодняшний день внутриматочных операций позволяет избежать чревосечения, удаления матки, способствует сохранению репродуктивной и менструальной функции.

За период с 1996 по 2001г в клинике выполнено 16243 гистероскопии, из них 4266 оперативных. Были выполнены следующие операции: полипэктомия - 2594, миомэктомия - 690, резекция (абляция) эндометрия - 266, рассечение внутриматочных синехий - 170, рассечение внутриматочной перегородки - 77, удаление инородных тел из матки - 469. (В.Г. Бреусенко, Л.М. Каппушева, О.И. Мишиева, И.А. Краснова, Ю.А. Голова)

ЛАПАРОСКОПИЯ.

Идея осмотра органов брюшной полости с помощью введения в нее осветительных приборов появилась в начале прошлого

столетия, и первым, осуществившим ее на практике, был выдающийся отечественный акушер-гинеколог Д.О. Отт. Визуализация производилась во время влагалищных операций с помощью источника света, помещенного на влагалищное зеркало, о чем было сделано сообщение на заседании Петербургского общества акушеров-гинекологов 19 апреля 1901 г. Автор назвал данный метод вентероскопией. В дальнейшем интерес к осмотру органов брюшной полости не прекращался. Название метода было различным: вентероскопия, целиоскопия, перитонеоскопия, пельвиоскопия, органоскопия, абдоиноскопия, кульдоскопия (осмотр органов малого таза через эндоскоп, введенный через задний свод влагалища).

В последние годы международное признание получил термин «лапароскопия». Большое значение для развития лапароскопии имели работы Н. Kalk и его учеников. В них описаны показания и противопоказания к осмотру внутренних органов, возможные осложнения и их профилактика. Н. Kalk по праву считается основоположником лапароскопии как клинического метода исследования. Впоследствии лапароскопию использовали не только с целью диагностики, но и как метод, позволяющий осуществлять некоторые манипуляции в брюшной полости: каутеризацию спаек, пункцию кист с последующим цитологическим исследованием. Появилась возможность фотографирования исследуемых органов. Начиная с 40-х годов, лапароскопия органов брюшной полости все шире внедряется в практику как хирургов, так и гинекологов.

В нашей стране о диагностике гинекологических заболеваний с помощью лапароскопии упоминали в своих работах в основном хирурги. Начиная с 60-х годов, появилась серия работ, посвященных применению кульдоскопии и лапароскопии в диагностике гинекологических заболеваний. В 1965 и 1972 г.г. были опубликованы монографии И.М. Грязновой, в которых обобщен боль-

шой опыт автора по использованию эндоскопии в гинекологии, подробно изложены методика кульдоскопии, показания и противопоказания к ней, описаны возможные осложнения.

Огромное влияние на развитие отечественной эндоскопии оказали две школы, созданные в Европе: школа профессора К. Semm (Кильский университет, Германия) и школа профессора М. Bruhat (Университетская клиника в Клермон-Ферране, Франция). Энтузиасты в этой области, постоянно совершенствуя методы эндоскопии, создали учебные центры по подготовке специалистов в разных странах, в том числе и в Российской Федерации. Профессора К. Semm, М. Bruhat и другие вместе со своими помощниками неоднократно посещали учреждения нашей страны, где проводили показательные операции, читали лекции.

Первые итоги диагностической эндоскопии (с применением стекловолоконной оптики фирмы «Шторц») с элементами некоторых оперативных манипуляций были отражены в монографии «Эндоскопия в гинекологии», вышедшей под редакцией Г.М. Савельевой в 1983 г.

Последние 20 лет ознаменовались особенно бурным развитием эндоскопических методов исследования. Трудно переоценить внедрение в практику более совершенной стекловолоконной оптики и модернизированной аппаратуры, позволяющей повысить качество диагностики, а также предпринимать серьезные вмешательства на органах брюшной полости. В настоящее время разработаны высококачественные методы документации эндоскопической картины с помощью фотографирования и кино съемки. Огромное значение имело введение в практику эндоскопической хирургии видеомониторов, которые дают возможность в увеличенном виде визуализировать органы брюшной полости, полости матки и проследивать проводимые манипуляции. Все это расширило показания к эндоскопии в гинекологии.

В клинике педиатрического факультета РГМУ накоплен большой опыт по использованию лапароскопической хирургии (С.В. Штыров, О.В. Азиев, А.Е. Бугеренко, А.В. Тумарев) при гинекологических заболеваниях, требующих оперативного лечения в экстренном и плановом порядке.

В настоящее время все гинекологические операции, проводимые в мире с использованием лапароскопического доступа, осуществляются в нашей клинике. При этом они не только внедряются в клиническую практику, но и совершенствуются, научными исследованиями подтверждается их целесообразность, изучаются отдаленные результаты, а далее проводится большая работа по подготовке специалистов - эндоскопистов.

Для оценки объема проводимых операций лапароскопическим доступом в зависимости от степени сложности используется следующая градация:

1. Диагностическая лапароскопия.
2. Малые лапароскопические операции (лапароскопическая стерилизация, биопсия яичников, пункция и аспирация кист яичников, коагуляция эндометриоидных очагов при эндометриозе I степени, адгезиолизис при минимально выраженном спаечном процессе).
3. Большие лапароскопические операции (лечение эндометриоза II-III степени, пластические операции на маточных трубах по поводу бесплодия, тубэктомия и сальпинготомия при эктопической беременности, цистэктомия, аднексэктомия и др.).
4. Лапароскопические операции высокой сложности (миомэктомия, лечение эндометриоза III-IV степени, гистерэктомия, лимфаденэктомия, лечение опущения половых органов и недержания мочи, радикальная гистерэктомия).

В данном сообщении представлены результаты научных разработок, полученные сотрудниками кафедры в отношении

операций всех степеней тяжести, проводимых лапароскопическим доступом.

Одной из широко распространенных операций в мире, проводимой лапароскопическим доступом, является **хирургическая стерилизация**, которая заключается в создании окклюзии труб. При проведении подобного вмешательства в клинике использованы как механические клипсы, так и электрохирургический метод, при котором сначала коагулируется участок выделенной трубы, а затем она пересекается без повреждения брыжейки. Более оптимально применение клипс, так как при этом возможно лапароскопически восстанавливать проходимость труб. Эти операции в нашей стране не нашли должного применения в программе контрацепции.

Бесплодие - трубно - перитонеальный фактор проходимости маточных труб является одной из наиболее частых причин женского бесплодия (70-83%). Лечение, направленное на восстановление проходимости их претерпело ряд этапов. На первом этапе оно заключалось в стремлении диагностировать наличие окклюзии и ее локализацию методом рентгеносальпингографии с последующими курсами пертубации и физиотерапии. Низкая частота позитивных результатов не могла удовлетворить специалистов. Следующим этапом лечения трубно-перитонеального бесплодия (ТПБ) явилось внедрение микрохирургии в реконструктивно-пластические операции на трубах, что, безусловно, повысило результаты терапии, но все-таки оставалось неудовлетворительным. Во время операций на трубах было отмечено неблагоприятное влияние на слизистую труб гистеросальпингографии и пертубации.

В настоящее время научно обосновано, в том числе нашими сотрудниками, использование при ТПБ лапароскопических вмешательств, таких как адгезиолизис, сальпинголизис, фимбриоли-

зис и фимбриопластика. Изучение отдаленных результатов свидетельствует о целесообразности подобных операций: при сальпингоовариолизисе и/или фимбриопластике на одной или двух маточных трубах у пациенток до 35 лет с длительностью бесплодия не более 5 лет репродуктивная функция восстанавливается в 40% наблюдений.

При отсутствии эффекта от вышеописанных хирургических коррекций ТПБ в течение 2 лет необходимо прибегать к методам вспомогательной репродуктивной технологии (ВРТ) - экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и перенос эмбриона (ПЭ). Внедрение этого метода в практику явилось революцией в лечении бесплодного брака.

В мире насчитывается более 200000 детей, рожденных после ЭКО и ПЭ.

В нашей клинике отделение ВРТ начало работать с 1997 года (К.В. Краснопольская, А.С. Калугина), и в настоящее время используются все современные методики (весь возможный арсенал) вспомогательных репродуктивных технологий, такие как:

- ICSI (интродитоплазматическая инъекция единственного сперматозоида в яйцеклетку),
- TEZA, MEZA (биопсия ткани яичка, которая проводится при отсутствии сперматозоидов в эякуляте),
- криоконсервация эмбрионов, спермы и яйцеклеток,
- донорские программы в перименопаузе.

В ЦПСИР после ЭКО и ПЭ родилось 320 детей (take home baby).

В настоящее время в нашей клинике разрабатывается и внедряется предимплантационная диагностика, которая позволит выявить ту или иную генетическую патологию каждого эмбриона до имплантации. Предимплантационная диагностика особенно важна у пациенток в группах высокого риска в отношении развития врожденной и наследственной патологии плода: возраст па-

циентки свыше 35 лет, наследственная генетическая патология, привычное невынашивание и др.

Лапароскопия **при внематочной беременности** является методом выбора как в аспекте диагностики, так и при выполнении хирургических вмешательств. В скорпомощной городской клинической больнице №31, куда ежегодно поступает до 200 больных с внематочной беременностью, 90-93% операций осуществляется лапароскопически. Лапаротомии подвергаются чаще всего пациентки в связи с большой кровопотерей и геморрагическим шоком. Длительное время показанием к лапаротомии были редкие формы внематочной беременности: наличие плодного яйца в трубном углу матки (интерстициальный отдел трубы) или в дополнительном роге матки. В настоящее время при подобных формах внематочной беременности предпочтение отдается лапароскопическому доступу. С каждым годом увеличивается число пациенток с органосохраняющими вмешательствами при трубной беременности: туботомия и удаление плодного яйца или «сцеживание» - выжимание плодного яйца. При этих операциях нами отработаны показания к применению метатрексата и дозировка его в зависимости от динамики снижения уровня β -ХГ.

В результате внедрения лапароскопии в клиническую практику дооперационный койко-день при затрудненной диагностике внематочной беременности составил 1-2 дня, а послеоперационный - 2-3 дня.

Лапароскопия **при яичниковых образованиях** проводится как в экстренных ситуациях, так и в плановых. Необходимость срочного оперативного вмешательства возникает при апоплексии яичника, сопровождающейся значительной кровопотерей; при перекруте ножки яичникового образования, при разрыве капсулы кисты или опухоли, а также при воспалительных заболеваниях придатков матки, тубоовариальных воспалительных образованиях, абсцессах, перитоните.

Лапароскопия при апоплексии яичника в 100% позволяет поставить точный диагноз, произвести остановку кровотечения либо с помощью коагуляции кровотока участка, либо той же коагуляции, но после цистэктомии. В настоящее время в клинике научно обоснована врачебная тактика у больных с апоплексией яичника: диагностика, терапия, реабилитационные мероприятия.

Перекрут ножки яичникового образования, как правило, является показанием для неотложного оперативного вмешательства. Методом выбора, по нашим данным, при этом является лапароскопический доступ. Помимо абсолютно точной диагностики в процессе эндоскопического вмешательства возможно проводить и эксклюзивные операции. В прежние годы при перекруте ножки образования производилось удаление придатков матки со стороны поражения. Используя лапароскопию, мы показали возможность органосохраняющей операции при наличии доброкачественного образования в яичнике и сохранении его ткани. При этом проводится раскручивание ножки опухоли, что сопровождается восстановлением кровотока в образовании. Если кровоток восстанавливается, то производится цистэктомия. Особенно важна подобная операция при наличии одного яичника. Проведение second-look лапароскопии и УЗИ подтвердило эффективность органосохраняющих операций при перекруте придатков матки - как правило, наблюдается восстановление ткани яичника.

Лапароскопический доступ при опухолевидных образованиях привел к необходимости дооперационного исключения злокачественных процессов, что чрезвычайно важно, так как последние, по мнению большинства исследователей, особенно онкологов, являются показанием к лапаротомии. В связи с вышесказанным в клинике проведены основополагающие исследова-

ния по выявлению значимости применения дополнительных диагностических методов: УЗИ, доплерометрия с детальным изучением показателей кровотока, компьютерная томография, МРТ (А.А. Соломатина). Проведенные исследования показали, что при применении всех вышеперечисленных методов определения характера яичниковых образований почти в 100% возможно подтвердить или исключить раковый процесс. При этом особенно большое значение имеет наряду с УЗИ определение кровотока на основании цветного доплеровского картирования. Несмотря на то, что нашими исследованиями показана возможность при необходимости удалять и сальник лапароскопическим доступом, все-таки характер яичниковых образований, безусловно, должен быть определен перед хирургическим вмешательством.

Оценивая значимость дополнительных методов, можно отметить, что малого размера яичниковые образования (не более 2 см в диаметре) выявляются только при МРТ.

В процессе лапароскопической хирургии яичниковых образований нередко создается возможность проведения органосохраняющих операций - цистэктомия вместо аднексэктомии.

Особого внимания заслуживает лапароскопическая хирургия при острых воспалительных заболеваниях придатков матки.

Сотрудники клиники (С.В. Штыров) явились первыми в стране и одними из первых в мире в проведении лапароскопических операций при явлениях «острого живота» воспалительного генеза, при острых воспалительных заболеваниях придатков матки.

Острые воспалительные заболевания придатков матки (ОВЗПМ), включающие сальпингит, сальпингоофорит, пиосальпинкс, оофорит, тубоовариальный абсцесс, длительное время считали противопоказанием к лапароскопии из-за опасности генерализации инфекционного процесса. В начале 70-х годов при

картине «острого живота» на фоне воспалительного процесса не проводили даже диагностическую лапароскопию. В последующем сначала хирургами, а затем гинекологами было показано, что острые воспалительные процессы в брюшной полости не только не служат противопоказанием к лапароскопии, но зачастую и определяют показания к ней, так как диагностическая значимость эндоскопии при неотложных состояниях чрезвычайно велика.

Сотрудники кафедры Л.В.Антонова, Т.В.Иванова, изучая клиническую картину различных патологических процессов, приводящих к «острому животу», детально проанализировали истории болезни 247 больных, поступивших в стационар с диагнозом «острый аппендицит». У 165 из них во время лапаротомии были выявлены ОВЗПМ. При этом изучение данных анамнеза и клинических признаков заболевания не позволило выявить наличие особых, патогномоничных симптомов. Несмотря на то, что ОВЗПМ и аппендицит имеют свои характерные черты, их дифференциальная диагностика достаточно сложна. Каждый симптом - характер начала заболевания, температурная реакция, содержание лейкоцитов в крови, болевой синдром - может возникать как при остром аппендиците, так и при ОВЗПМ. Вот почему дифференциальная диагностика только на основании анализа этих признаков практически не представляется возможной.

В работе С.В.Штырова обоснована целесообразность диагностической лапароскопии при «остром животе» и клинической картине, указывающей на возможность ОВЗПМ. Из 1030 наблюдаемых больных у 48 выявлен простой или деструктивный аппендицит, у 8 - перекрут жировой подвески сигмовидной кишки, у 435 - трубная беременность, у 238 - катаральный сальпингит, у 180 - гнойный сальпингит, у 41 - пиосальпинкс, у 5 - пиовар, у 25 - гнойные tuboооариальные образования (4 из них с разрывом).

В настоящее время есть немало работ, свидетельствующих о целесообразности лапароскопии и для диагностики, и для лечения ОВЗПМ. Только лапароскопия при ОВЗПМ дает возможность ограничиться органосохраняющими операциями, что в свою очередь позволяют сохранить в последующем репродуктивную функцию. Так, по данным Г.М.Савельевой и С.В.Штырова, из 289 пациенток, подвергшихся лапароскопии по поводу ОВЗПМ, у 20,8% в последующем наступила маточная беременность. После опорожнения тубоовариального абсцесса (42 пациентки) проходимость маточных труб была восстановлена у 21,4%, а беременность наступила у 9,5%. Необходимо отметить, что органосохраняющие мероприятия были неэффективными у пациенток с пиоварами и гнойными тубоовариальными образованиями придатков матки, которым в прошлом проводились инвазивные вмешательства в полости матки или после длительного использования внутриматочных контрацептивов.

Чрезвычайно важно внедрение эндоскопического метода лечения ОВЗПМ в связи с увеличением частоты этих заболеваний, особенно у женщин репродуктивного периода. Нередко неадекватное лечение ОВЗПМ в последующем приводит к потере трудоспособности, бесплодию, инвалидности.

Лапароскопия позволяет не только уточнить форму ОВЗПМ и выявить характер возбудителя на основании бактериологического исследования экссудата, но и активно вмешиваться в течение патологического процесса.

Необходимо отметить важный момент, во многом определяющий оперативную тактику при лапароскопии (в отличие от чревосечения). Лапаротомный разрез зачастую обязывает хирурга производить более радикальные вмешательства даже у пациенток молодого возраста. Лапароскопическая техника позволяет избрать органосберегающую тактику при патологических со-

стояниях органов малого таза, ранее считавшихся абсолютными показаниями для удаления органов. Это стало возможным благодаря внедрению современных эндоскопических технологий, включая динамическую лапароскопию.

Трудно переоценить значение динамической лапароскопии в первые дни после операции (С.В. Штыров, З.С. Тангиева), которая впервые была предложена в хирургической практике Г.И. Перминовой, а затем успешно применена в гинекологической клинике нашей кафедры. С этой целью используется специальная канюля с заглушкой, изготовленная из неактивного материала (сплав титана с нержавеющей сталью), оставляемая в брюшной полости после лапароскопии. В течение 10 дней после операции в брюшную полость может многократно вводиться оптическая система для контроля за состоянием органов малого таза, промывания брюшной полости и проведения адгезиолизиса.

Динамическая лапароскопия позволила получить фундаментальные данные о поэтапном регрессе признаков воспаления: степени отека, гиперемии, спаечного процесса, выпота. При прогрессировании процесса динамическая лапароскопия дает возможность своевременно определить показания к чревосечению.

Лапароскопическая **консервативная миомэктомия** имеет огромное значение в лечении нарушений репродуктивной и менструальной функций, являясь органосохраняющей операцией при миоме матки. Работами сотрудников клиники доказано, что лапароскопический доступ при этом является оптимальным по сравнению с чревосечением, так как он более бережный по отношению к тканям и сопровождается минимальной кровопотерей. В клинике техника этого метода существенно оптимизирована. По мере накопления опыта расширены показания и улучшились результаты оперативного лечения.

Научно обоснована необходимость предоперационной гормональной подготовки при наличии миоматозных узлов с интерстициальным компонентом. Удаётся у некоторых молодых пациенток вылущить узел, занимающий всю переднюю стенку матки. В качестве гормонального воздействия мы применяем следующие агонисты ГнРГ: диферелин и золадекс. В результате проведенных исследований было показано, что, как правило, величина узлов через 2-3 месяца после введения агонистов ГнРГ уменьшается на 40-55%, снижается в них кровоток. Все это облегчает в последующем лапароскопическую миомэктомию. Проводимые исследования в этом аспекте позволили разработать показания, противопоказания и методику осуществления консервативной миомэктомии.

Частота использования лапароскопии при консервативной миомэктомии составляет 84%. Важным моментом при выполнении этой операции лапароскопическим доступом мы считаем восстановление всех дефектов миометрия с помощью лапароскопических швов. При изучении отдаленных результатов нами было установлено, что ЛКМ приводит к устранению нарушений менструального цикла у 86% пациенток, наступление беременности при этом констатировано у 44% женщин, рецидивы миомы матки выявлены примерно у 25% больных.

Рецидивы миомы, по нашим данным, чаще возникают при множественных узлах, часть из которых возможно не видна во время операции.

Удаление матки лапароскопическим доступом принято относить к операциям повышенной сложности. В последние годы эта операция стала рутинной в нашей клинике, отработаны противопоказания и техника ее выполнения. При гистерэктомии мы являемся сторонниками сохранения шейки матки в случаях отсутствия ее патологических изменений. Средняя продолжитель-

ность неосложненной тотальной лапароскопической гистерэктомии колеблется от 45 до 90 минут, а надвлагалищной ампутации - 40-70 минут, то есть приближается к длительности таких же операций при лапаротомии. Проводя работы по оптимизации гистерэктомии (субтотальной и тотальной) лапароскопическим доступом, был предложен ряд мероприятий, имеющих большое практическое значение: гемостаз при пересечении маточных артерий лучше осуществлять биполярным электродом; в качестве влагалищного манипулятора маткой использовать аппарат, созданный в Клермон-Ферране; при отсутствии морцеллятора извлекать отсеченное тело матки через заднее кольпотомное отверстие. При удалении матки большого размера лапароскопическим доступом важную роль играют подвижность матки и отсутствие низко расположенных узлов и т.д. Оптимальным для эндоскопической гистерэктомии является размер матки, не превышающий 12-13 недель беременности, но возможно выполнение лапароскопической гистерэктомии и при 16-18 неделях беременности. Изучение ближайших и отдаленных результатов после субтотальной и тотальной гистерэктомии показало, что число осложнений после последней больше и качество жизни все-таки хуже. Общее количество выполненных гистерэктомий превысило 1000. Следует отметить, что в 1996 году было произведено всего 56 подобных операций, в 2000 году - около 400.

Лапароскопия у пациенток с **чревосечениями в анамнезе**. Часто в литературе дебатруется вопрос о возможности лапароскопии у женщин, имевших в анамнезе чревосечения. На начальных этапах работы наличие нескольких чревосечений в анамнезе являлось противопоказанием к лапароскопическому доступу из-за высокого риска повреждений органов брюшной полости, связанных со спаечным процессом. В настоящее время количество и характер перенесенных в прошлом оперативных вмешательств на

органах брюшной полости не является противопоказанием к лапароскопии. За последние 5 лет в клиниках с использованием лапароскопического доступа проведено более 500 вмешательств различных уровней сложности у пациенток, перенесших от одного до четырех чревосечений, а также оперированных по поводу перитонита. При этом спаечный процесс брюшной полости ни в одном случае не явился причиной для отказа от лапароскопии и перехода к лапаротомии. С целью повышения безопасности при лапароскопическом вхождении в брюшную полость у этих больных применяются различные альтернативные точки введения первого троакара, а также открытая лапароскопия. Наш эндоскопический опыт позволил модифицировать существующие методики и повысить качество лечения больных с указанием на перенесенные в прошлом хирургические вмешательства. Использование оптической иглы Вереша с целью интраоперационной диагностики спаек между передней брюшной стенкой и внутренними органами изменило отношение к другим методикам вхождения в брюшную полость. Ее применение сводит к минимуму такие осложнения как ранение магистральных сосудов и органов брюшной полости, так как дает возможность контролировать прохождение каждого слоя передней брюшной стенки и ясно видеть момент входа в брюшную полость.

Трудности дооперационной диагностики распространенности спаечного процесса у пациенток с чревосечениями в анамнезе, диктует необходимость искать новые подходы, совершенствуя технику лапароскопических вмешательств. На начальном этапе нашей работы мы не имели достоверных данных, позволяющих перед лапароскопическими операциями у пациенток с чревосечениями в анамнезе предположительно оценить степень выраженности спаечного процесса брюшной полости и в малом тазу, а также характер вероятных сращений. Проведенные исследования позволили полу-

читать представления о локализации и выраженности спаечного процесса в брюшной полости в зависимости от характера оперативного вмешательства в анамнезе, количества перенесенных операций, особенностей течения послеоперационного периода. Чрезвычайно важной у этой категории больных явилась оценка вероятности вовлечения в спаечный процесс с париетальной брюшиной петель кишечника, учитывая высокую потенциальную опасность их повреждений при введении первого троакара и в процессе выполнения лапароскопического адгезиолизиса. У женщин с двумя и более чревосечениями в анамнезе мы попытались выявить закономерности между сочетаниями хирургических разрезов и выраженностью спаек в брюшной полости. Это позволило определить прогностически благоприятные сочетания разрезов и (чревосечения по Пфанненштилю + по Волковичу-Дьяконову), наоборот, в большей степени приводящие к возникновению спаек в брюшной полости (две нижнесрединные лапаротомии или сочетание ниже- и верхнесрединной лапаротомии). Кроме того, мы пытались оценить влияние различных комбинаций предшествующих вмешательств на выраженность спаечного процесса в малом тазу у пациенток с двумя и более чревосечениями в анамнезе. Полученные нами результаты позволили предположить, что на формирование послеоперационных сращений в малом тазу в большей степени оказывают влияние объемы ранее перенесенных оперативных вмешательств, чем используемые доступы. Нами определена зависимость распространенности послеоперационных сращений в малом тазу от различных сочетаний объемов перенесенных операций. Было установлено, что к формированию спаечного процесса в области малого таза в большей степени приводят повторные гинекологические вмешательства, особенно радикальные операции на матке.

На основании полученных результатов были определены факторы, позволяющие прогнозировать выраженность спаечного

процесса в брюшной полости и малого таза у пациенток с чревосечениями в анамнезе, что дало возможность оптимизировать методики лапароскопического вхождения в брюшную полость и разделения имеющихся сращений.

Осложнения лапароскопии в гинекологии.

Одним из аргументов противников лапароскопического доступа является возможность развития серьезных осложнений. В этой связи на кафедре проводятся исследования, посвященные изучению причин возникновения, своевременной диагностике, правильной тактике лечебных мероприятий и профилактике осложнений лапароскопии. Для этих целей помимо детального анализа осложнений, наблюдавшихся в клинике, изучались аналогичные данные из других ведущих эндоскопических центров г. Москвы. На более чем 30000 лапароскопий было зарегистрировано 176 осложнений, что составило 5,59/1000. Показатели частоты и структуры лапароскопических осложнений не превышают таковые в ведущих зарубежных эндоскопических центрах.

Следует отметить, что диагностика осложнений лапароскопии непосредственно во время хирургического вмешательства играет чрезвычайно важную роль, способствует немедленному проведению необходимых лечебных мероприятий, позволяет избежать повторных операций и существенно улучшает прогноз. Частота интраоперационного распознавания осложнений по нашим данным составила 59%.

Было установлено, осложнения лапароскопии имеют непосредственную связь с квалификацией хирурга, характером и сложностью выполняемого вмешательства, исправностью оборудования.

Осложнения могут быть связаны с методикой лапароскопии (введение иглы Вереша, создание пневмоперитонеума, введение троакаров) или возникать непосредственно в ходе хирургического вмешательства.

Наиболее опасными являются ранения магистральных ретроперитонеально расположенных сосудов брюшной полости (аорта, нижняя полая вена, подвздошные сосуды и др.), они могут сопровождаться массивным внутрибрюшным кровотечением и становиться причиной летального исхода. При их возникновении чрезвычайно важную роль имеет правильная и четкая организация лечебных мероприятий. Разработанные в нашей клинике меры профилактики привели к тому, что в последние годы эти крайне опасные осложнения в нашей клинике не встречаются.

В настоящее время научно обоснованы факторы риска, приводящие к повреждениям внутренних органов (мочевого пузыря, мочеточников, кишечника и др.) при проведении различных гинекологических операций, выполняемых лапароскопическим доступом. Это в свою очередь привело к оптимизации методики выполнения эндоскопических операций с целью предупреждения возникновения возможных осложнений. Своевременно распознанные ранения кишечника или мочевого пузыря теперь не являются показанием для немедленного перехода к чревосечению, восстановление дефектов этих полых органов проводится путем накладывания лапароскопических швов.

Важную роль в профилактике кровотечений, возникающих во время или после эндоскопических операций, играют рациональные методы гемостаза. На основании многолетнего опыта отработаны принципы безопасного применения различных технологий (монополярная, биполярная электрохирургия, шовная техника и др.), используемых в лапароскопической хирургии.

Было доказана значимость и алгоритм предоперационного обследования пациенток, а также необходимость проведения по показаниям антибиотикотерапии с целью предотвращения инфекционных осложнений. Определены наиболее рациональные принципы ведения больных после проведения различных лапароскопических вмешательств в гинекологии.

В последние годы в нашей клинике стали широко применяться лапароскопические операции для коррекции недержания мочи и пролапса гениталий: операция Бёрча, кульдопексия по Мак-Коллу, Мошковицу, устранение паравагинальных дефектов и промонтафиксация (сакропексия). Внедрение в практику подобных операций позволяет существенно улучшить результаты лечения этих заболеваний

Начато применение лапароскопии для лечения онкогинекологических заболеваний: оментэктомия, регионарная подвздошная лимфаденэктомия. Эти операции являются технически непростыми, однако нам представляется целесообразным и перспективным развитие этих областей эндохирургии.

Ближайшими перспективами развития эндоскопической хирургии являются оптимизация методик и внедрение в практику операций повышенной сложности, разработка и использование новых хирургических технологий, создание и применение телекоммуникационных систем. В дальнейшем крайне заманчивыми представляются разрабатываемые эндоскопические операции в виртуальной реальности с помощью роботов-манипуляторов. Совершенствование спутниковой связи и компьютерного оборудования, способного быстро и качественно передавать большие объемы информации, позволит выполнять хирургические вмешательства в реальном режиме времени на расстоянии.

ГИСТЕРОСКОПИЯ

Гистероскопия - как второй метод эндоскопии в гинекологии, заключается в визуальном осмотре полости матки. Впервые гистероскопию произвел в 1869 году Pantaleoni при помощи прибора похожего на цистоскоп. В дальнейшем усилиями зарубежных и отечественных ученых сама процедура гистероскопии и ее возможности значительно расширились.

На сегодняшний день ни у кого не вызывает сомнения необходимость и значимость гистероскопии для диагностики и лечения практически всех видов внутриматочной патологии. Внутриматочные заболевания, занимая ведущее место в структуре гинекологической патологии, чаще встречаются у наиболее социально активной группы женщин - репродуктивного и пременопаузального возрастов. Несвоевременная или неточная диагностика вида внутриматочной патологии приводит к не всегда правильному выбору метода лечения, многолетней лекарственной терапии, неоправданному количеству инвазивных вмешательств и, как следствие, большому количеству радикальных травматических операций.

В перечень показаний к трансцервикальным гистероскопическим операциям входят все основные варианты внутриматочной патологии: гиперпластические процессы в эндометрии, субмукозная миома матки, аденомиоз, внутриматочные синехии, внутриматочная перегородка, инородные тела в матке.

Гиперпластические процессы эндометрия один из наиболее часто встречаемых видов внутриматочной патологии (гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия, рак эндометрия). Среди пациенток перенесших гистероскопию в нашей клинике, больные с пролиферативными процессами эндометрия составляют 35-40%. И хотя окончательный диагноз вида патологии эндометрия является прерогативой патоморфологов, гистероскопия позволяет в 89 - 92% диагностировать доброкачественные патологические процессы в эндометрии, атипическую гиперплазию эндометрия в 33-35%. Информативность гистероскопической диагностики рака эндометрия в постменопаузе приближается к 100%. Основная ценность гистероскопии при доброкачественных гиперпластических процессах в эндометрии - контроль за радикальностью удаления патологического очага, что является как одним из методов лечения, так и возможностью в последующем назначения гормональной терапии.

Ухудшение индекса здоровья населения, дороговизна гормональных препаратов, а также высокий процент неэффективности гормонотерапии (по нашим данным 57%) при доброкачественных гиперпластических процессах эндометрия, во избежание большой травматичной операции, стали показанием к применению гистероскопической операции - аблации эндометрия.

Рецидивирующая гиперплазия эндометрия долгое время рассматривалась как противопоказание к аблации эндометрия. Мы одними из первых стали использовать оперативную гистероскопию для лечения пациенток с рецидивирующей гиперплазией эндометрия. Эффективность аблации эндометрия в течение 5 лет после операции составила 82,4% у пациенток с рецидивирующей железистой гиперплазией эндометрия, аменорея при этом наступила у 54,5%, гипоменорея - у 27,9%.

Полипэктомия - наиболее часто выполняемая операция при гистероскопии. Проведенные в нашей клинике исследования показали, что обычное раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки «вслепую» в 96% не позволяет удалить полип вообще или удаляет частично. И сколько бы публикаций не было о том, что единственно правильным методом лечения полипов эндометрия является их полное удаление вместе с основанием под контролем гистероскопии, даже при гистероскопии не всегда бывает возможным полноценное выполнение этой операции. Так, у 28% обследованных больных с полипами эндометрия ранее в анамнезе было от 1 до 6 диагностических выскабливаний, в том числе и гистероскопий.

Прицельную полипэктомию возможно производить различными методами: механическим и электрохирургическим.

Более простым и доступным большинству эндоскопистов является механический метод, который приемлем в основном при железистых и железисто-фиброзных полипах эндометрия. При

полипах, расположенных в области устьев маточных труб, механический метод является единственно возможным и эффективным способом их лечения. При фиброзных и пристеночных полипах целесообразно использовать электрохирургический метод.

Операция полипэктомии достаточно простая и безопасная, и она должна проводиться при полипах эндометрия, даже без клинических проявлений и являющихся случайной находкой при гистероскопии.

Полипы эндометрия часто сочетаются с другими видами внутриматочной патологии, что требует выполнения сочетанных гистероскопических операций (полипэктомия в сочетании с миомэктомией или аблацией эндометрия и т.д.). Выполнение их возможно во время одной процедуры.

Изучение отдаленных результатов гистероскопической полипэктомии показало высокую эффективность такой операции: рецидивы полипа эндометрия возникли только у 4,7% в репродуктивном возрасте, у 6,1% в пре- и перименопаузальном периоде. Во время постменопаузы рецидивов полипа эндометрия не было.

Решение проблемы диагностики и лечения ГПЭ определяет профилактику онкологической заболеваемости, поскольку возраст 50 лет и старше является эпидемиологически доказанным фактором риска развития рака, а у 55,9% больных раком эндометрия в анамнезе были выскабливания матки по поводу железистой гиперплазии эндометрия или полипов эндометрия.

В нашей клинике накоплен большой опыт консервативной миомэктомии трансцервикальным доступом различными методами. Субмукозная миома матки помимо маточных кровотечений, часто является причиной нарушений репродуктивной функции (бесплодия, невынашивания беременности). Выполнение органосохраняющей операции, исключающих образование рубца на матке имеет большое значение для пациенток планирующих беременность.

Являясь наиболее точным методом диагностики субмукозной миомы, гистероскопия также позволяет проводить операции по их удалению. Трансцервикальная миомэктомия может проводиться различными методами: механическим, электрохирургическим и лазером.

С внедрением гистерорезектоскопии за рубежом механическая миомэктомия практически не используется. Вместе с тем, как показали наши исследования, механическая миомэктомия обладает большим количеством преимуществ перед другими методами гистероскопической миомэктомии: небольшая длительность операции (5-10 мин), не требуется дополнительного оборудования и специальной жидкой среды, позволяет избежать осложнений электрохирургической операции (жидкостная перегрузка сосудистого русла, возможные повреждения крупных сосудов и ожоги соседних органов), более короткая по времени проведения. Наша клиника обладает самым большим опытом механической миомэктомии. Данные нашего исследования показали, что механическая миомэктомия возможна при субмукозных узлах 0 и I типа с незначительным интерстициальным компонентом. При этом могут быть удалены подслизистые узлы даже больших размеров.

При субмукозных узлах I и II типа с большим интрамуральным компонентом целесообразна электрохирургическая миомэктомия, которая позволяет удалять миоматозные узлы небольших размеров, а также расположенные в углах матки, что практически невозможно при механической миомэктомии.

Изучение отдаленных результатов после гистероскопической миомэктомии в репродуктивном периоде показало, что эффективность у пациенток с нарушением менструальной функции составила 82,7%, восстановление фертильности среди пациенток с бесплодием произошло у 71,8%; у 88,2% удалось избежать удаления матки.

В литературе имеются многочисленные исследования ценности гистероскопической миомэктомии в репродуктивном возрасте, и практически нет работ, анализирующих результаты такой операции в периоде пре- и постменопаузы. Проведение трансцервикальной миомэктомии в периоде пре- и постменопаузы является спорным среди многих гинекологов. Традиционно считается, что если женщиной выполнена репродуктивная функция, необходимости в проведении органосохраняющей операции нет, а целесообразна гистерэктомия. При этом не учитываются возможные осложнения и отдаленные последствия большого объема операции, экономические преимущества эндоскопического вмешательства.

Были проанализированы отдаленные результаты трансцервикальной миомэктомии субмукозных узлов у 132 пациенток периода пре- и постменопаузы. В сравнении с гистерэктомией, каким бы доступом она не выполнялась, гистероскопическая миомэктомия была значительно короче по времени проведения, послеоперационное пребывание пациенток в стационаре было от 6 часов до 8 суток. Реабилитационный период после гистероскопической операции обычно составлял от 3 до 15 дней, в то время как после гистерэктомии - 6-8 недель. Помимо этого, все гистероскопические операции выполнялись под внутривенным наркозом, что экономически выгодно в сравнении с видами обезболивания, используемыми при гистерэктомии.

За 6-летний период наблюдения пациенток периода пре- и постменопаузы после трансцервикальной миомэктомии у 71,1% наступило клиническое выздоровление в отношении маточных кровотечений, вызванных наличием субмукозного узла, у 94,7% обследованных удалось избежать удаления матки, что даже выше, чем у пациенток репродуктивного возраста. У пациенток с выраженными проявлениями климактерического синдрома трансцер-

викальная миомэктомия дала возможность применять заместительную гормонотерапию, что было бы невозможно при наличии в полости матки субмукозного узла, даже при отсутствии клинических проявлений с его стороны.

Результаты работы нашей клиники показали, что при правильном подборе пациенток, трансцервикальная миомэктомия является безопасной и эффективной операцией в любом возрасте женщины, позволяющей избежать большой травматичной операции.

Аденомиоз является одним из самых сложных видов внутриматочной патологии, как в плане диагностики, так и лечения. Аденомиоз часто сочетается с другими видами гиперпластических процессов - миомой матки и ГПЭ. По результатам нашего исследования у 72,9% пациенток с аденомиозом имелись ГПЭ и у 25,2% - миома матки. Высокая частота сочетания различных гиперпластических процессов матки затрудняет как гистероскопическую диагностику аденомиоза, так и его лечение. Отношение к гистероскопии, как к методу диагностики аденомиоза в настоящее время крайне разноречиво, от полного отрицания, до высокой информативности. Но все эндоскописты сходятся во мнении, что данные гистероскопии для диагностики аденомиоза должны подкрепляться трансвагинальным УЗИ, а иногда и МРТ. По нашим данным, информативность гистероскопии в диагностике аденомиоза снижается в зависимости от степени его выраженности - от 96,6% при выраженных формах аденомиоза, до 80% - при менее выраженных степенях его. Безусловно, судить по данным гистероскопии о степени распространенности внутреннего эндометриоза вглубь миометрия невозможно, в этом отношении высока диагностическая ценность ТВЭ.

До настоящего времени основным и самым эффективным методом лечения аденомиоза с клиническими проявлениями заболевания остается гистерэктомия лапароскопическим или лапа-

ротомическим доступом. Из 270 пациенток с аденомиозом, у которых нам удалось проследить отдаленные результаты, 98 подверглись гистерэктомии.

До недавнего времени абляция эндометрия являлась одним из противопоказаний для лечения аденомиоза. Считается, что наличие аденомиоза ухудшает результаты операции, сопровождаясь большим числом рецидивов маточных кровотечений.

Мы провели абляцию эндометрия у 71 пациентки с аденомиозом в сочетании с рецидивирующей гиперплазией эндометрия. За время наблюдения от 1 до 5 лет эффективность операции составила 75,4%. Столь высокие результаты эффективности в нашем исследовании, возможно, объясняются строгим отбором пациенток. Мы считаем, что противопоказанием для оперативной гистероскопии при аденомиозе являются болевой синдром, величина матки, превышающая 9 недель беременности, и выраженная «узловая» форма аденомиоза, особенно в сочетании с миомой матки.

Гистероскопическая абляция эндометрия может являться альтернативой гистерэктомии у пациенток с поверхностными формами аденомиоза, при отсутствии болевого синдрома.

Нарушения репродуктивной функции связаны также с такими видами внутриматочной патологии, как **внутриматочные синехии** и **внутриматочная перегородка**. На сегодняшний день основным методом лечения этих видов внутриматочной патологии с возможным восстановлением репродуктивной функции является оперативная гистероскопия. После рассечения внутриматочных синехий менструальная функция была восстановлена у 88% оперированных, репродуктивная у 45,5%. После рассечения внутриматочной перегородки, восстановление репродуктивной функции произошло у 72%, частота невынашивания беременности снизилась с 58,3% до 12,5%.

Рассечение внутриматочных синехий, особенно распространенных, является одной из самых сложных операций в оперативной гистероскопии с наибольшим числом интраоперационных осложнений и худшими отдаленными результатами. Учитывая все это, большое внимание должно уделяться профилактике возникновения внутриматочных синехий. По нашим данным, возможной причиной внутриматочных синехий у 76,4% были повторные вмешательства в полости матки, связанные с беременностью. Даже после неосложненных искусственных абортов возникают внутриматочные синехии, сопровождающиеся различными нарушениями менструальной функции (7,4%).

Исследованиями, проведенными в клинике, показано, что всем пациенткам с осложненным течением раннего послеродового и послеабортного периода повторные вмешательства в полости матки следует проводить только под контролем гистероскопии для прицельного удаления патологического очага с меньшей травмой неизмененного эндометрия. У нерожавших, во избежание послеабортных осложнений, удаление плодного яйца рекомендуется осуществлять под контролем УЗИ, а еще лучше с использованием гистероскопии перед окончанием операции. Доказано, что с целью раннего лечения возможных внутриматочных синехий следует применять контрольную гистероскопию после миомэктомии (лапароскопической, лапаротомической) со вскрытием полости матки и после гистероскопической миомэктомии субмукозного узла II типа. Внутриматочные синехии после таких операций были выявлены и легко устранены у 3 пациенток.

Необходимо помнить, что проведение диагностического выскабливания слизистой матки у нерожавших женщин должно быть бережным. В литературе описаны внутриматочные синехии у пациенток с бесплодием, которым проводился кюретаж одно-

временно с диагностической лапароскопией. По нашему мнению, проведение гистероскопии с отдельным диагностическим выскабливанием слизистой матки, как обязательное дополнение к лапароскопии у пациенток с бесплодием необоснованно и опасно, и должно проводиться только по строгим показаниям (подозрение на внутриматочную патологию).

Большую группу больных с внутриматочной патологией, составляют пациентки с **инородными телами в матке**: остатки ВМК, оставшиеся костные фрагменты после аборта, лигатуры после операции на матке. Наличие инородного тела в матке является причиной нарушений менструальной и репродуктивной функции. Несвоевременная и неточная постановка диагноза сопровождается у этих пациенток многочисленными внутриматочными вмешательствами, многолетней безэффективной лекарственной терапией. Так, у более половины обследованных пациенток с остатками костных фрагментов были ранее неоднократные выскабливания слизистой матки, даже с гистероскопией и последующей безэффективной гормональной терапией.

Правильный диагноз был установлен только при гистероскопии опытным эндоскопистом. Единственным методом лечения таких пациенток помимо гистерэктомии, является оперативная гистероскопия с помощью механических инструментов.

При ряде ситуаций гистероскопия используется с лапароскопией одновременно:

1. Диагностика вида порока развития матки и рассечение широкой внутриматочной перегородки
2. Рассечение внутриматочных синехий III степени
3. Подозрение на перфорацию матки инородным телом по данным УЗИ.
4. При бесплодии, у пациенток с подозрением на внутриматочную патологию.

Интра - и послеоперационные **осложнения** при проведении гистероскопических операций встречались редко, от 1 до 2% при различных видах внутриматочной патологии. 98% гистероскопических операций выполнялись под внутривенным обезболиванием. Послеоперационный период не требовал проведения какого-либо медикаментозного лечения так же, как и период реабилитации.

Таким образом, оперативная эндоскопия является оптимальным малоинвазивным органосохраняющим методом хирургического лечения в гинекологии.

В развитии эндоскопической хирургии в клинике и влиянии её достижений на специалистов РФ большое значение имеет создание Учебного Центра (директор профессор Л. Г. Сичинава) при активной поддержке фирмы Карл Шторц (Германия).