

УДК: 618.14-089.87.

Малоинвазивные методы лечения гинекологических больных

*Хакиев У.А., Жатканбаева Г.Ж., Аумолдаева З.М., Утебаева Ж.А., Мырзабаева Н.Н.**Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы, Казахстан*

Резюме

Ключевые слова: миома матки, лапароскопический доступ, методика лапароскопической гистерэктомии, лапароскопическая гистерэктомия

Гистерэктомия наиболее распространенная операция в гинекологической практике.

В настоящее время выполнено множество исследований, которые показывают, что лапароскопическая гистерэктомия (ЛГ) считается наиболее эффективной и безопасной операцией. По данным большинства публикаций можно сказать, что на мировом уровне этап «кривой обучения» лапароскопической гистерэктомией как «новой» операции пройден. На современном этапе технику проведение лапароскопической гистерэктомии можно считать отработанной до уровня, которая позволяет широкое и повсеместное внедрение данного метода оперативного вмешательства.

Гистерэктомия наиболее распространенная операция в гинекологической практике. Частота гистерэктомии среди абдоминальных гинекологических операций составляет в России - от 32,5 до 38,2% (по данным НЦАГиП РАМН), в Швеции – 38%, в США – 36%, в Великобритании – 25%. Основываясь на данные Национального центра статистики здоровья США за 2009, среднее количество гистерэктомий в год в течение последнего десятилетия составило 622000, т.е. каждой третьей женщине в стране в возрасте 60 лет удаляли матку. В Великобритании же каждой пятой женщине того же возраста проводят гистерэктомию.

В настоящее время выполнено множество ретро- и проспективных исследований, которые показывают, что лапароскопическая гистерэктомия (ЛГ) считается наиболее эффективной и безопасной операцией. По данным большинства публикаций можно сказать, что на мировом уровне этап «кривой обучения» лапароскопической гистерэктомией как «новой» операции пройден. На современном этапе технику проведение лапароскопической гистерэктомии можно считать отработанной до уровня, которая позволяет широкое и повсеместное внедрение данного метода оперативного вмешательства. На сегодняшний день данная операция может претендовать на место альтернативы лапаротомическому доступу [1-5]. Но вопрос об анализе всех аспектов сравнения доступов все-таки остается спорным даже в рандомизированных исследованиях, так как в сравнениях берутся хирургические бригады с разным уровнем подготовки, опытом работы, личными предпочтениями, оснащением операционного зала и т.д.

В литературе разных стран существует множество точек зрения на возможность, выполнимость, показания и оправданность разных методов доступа для выполнения

гистерэктомии. Мнения различных авторов во многом зависят от школы, традиций, в том числе национальных, сложившихся практикой и доступностью технического обеспечения. Можно предположить, что в скором времени вряд ли можно будет сблизить эти позиции, так как существуют неоспоримые преимущества как влагалищного, лапароскопического, так и абдоминального метода доступа, которые, не теряют своей актуальности [6,7].

В настоящий момент неоднозначно решается вопрос о величине удаляемой матки при проведении ЛГ. С.Н. Коh (1997); М.М. Высоцкий (2009) считают что противопоказанием для проведения лапароскопической гистерэктомии являются большие размеры опухоли, соответствующий 20 неделям беременности. По мнению С.Н. Коh, если вес матки, превышает 2000,0г, то это является противопоказанием для проведения лапароскопии.

По данным В.И. Кулакова, Л.В. Адамян (2003); А.С. Аракелян, С.И. Киселева с соавт. (2007), тотальная лапароскопическая гистерэктомия проводится ими при различных размерах миомы матки – от нормальных до соответствующих 26 неделям беременности. По мнению А.А. Попова с соавт. (2004), показаниями для выполнения ЛГ является размер матки, соответствующий не более 14–15 недель беременности.

В литературе отмечают, что препятствующим фактором для широкого внедрения ЛГ является отсутствие простой доступной методики. В практике каждой клиники существует своя собственная техническая модификация этой операции. Многие хирурги оперируют, без применения биполярной коагуляции, в некоторых клиниках пользуются маточным манипулятором. По мнению М.М. Высоцкого, И.Б. Манухина (2009), которые считают, что использование маточного манипулятора является обязательным для проведения гистерэктомии. Применяется также техника лапароскопической надвлагалищной ампутации матки с помощью петлевой лигатуры, которая накладывается на уровне внутреннего зева. М.Б. Шевченко (2005), изучая эффекты различных способов коагуляции вовремя ЛГ и пришел к выводу, что наиболее удобно и безопасно использование генератора «Ligasure» [8-10]. В то же время А.Н. Плеханов (2009) разработал показания к использованию «Ligasure» при радикальных операциях на матке. А.А. Попов с соавт. (2004) считают более безопасной лапароскопически ассистированную влагалищную гистерэктомию (один из вариантов ЛГ), так как данный метод максимально увеличивает расстояние между маточными артериями и мочеточником, повышая ее безопасность. При выполнении гистерэктомии большое количество авторов свидетельствуют о выполнении экстрафасциальной методики, при которой возникают значительные трудности в идентификации анатомических образований, приводящие к осложнениям. Лишь небольшое количество работы посвящены интрафасциальной ЛГ.

При разработке единых тактических подходов к проведению основных этапов операций и достаточная техническая оснащенность позволяют сделать ЛГ более доступной для большинства хирургов, позволяет уменьшить количество серьезных осложнений. Поэтому усовершенствование и оптимизация выполнения лапароскопической гистерэктомии путем сокращения времени операции, длительности анестезии, дифференцированного подхода к выбору способа мобилизации маточных сосудов является основным моментом в отдаленные результаты хирургического лечения миомы матки.

Тип и объем лапароскопической гистерэктомии избирается индивидуально для каждой пациентки в момент предоперационного осмотра на основании жалоб и анамнеза пациентки, данных физикального и дополнительных методов исследования. Используется 3 основных типа ЛГ:

Тотальная лапароскопическая гистерэктомия (ЛГ).

Лапароскопическая субтотальная гистерэктомия (ЛНАМ).

Влагалищная гистерэктомия с лапароскопической ассистенцией (ЛВАГ).

Выбор между традиционным и эндоскопическим доступом во многом зависит от: размеров опухоли, локализацией и величиной миоматозных узлов, наличием сопутствующей экстрагенитальной патологии, квалификацией хирурга. По литературным источникам, наличие у больной миомы матки, не превышающей 14-недельную беременность, является показанием для проведения лапароскопического вмешательства независимо от факторов, технически усложняющих выполнение операции. В этом случае высота стояния дна матки и точки введения троакарных портов находятся ниже уровня пупка, что является оптимальным условием для манипулирования в эндоскопической среде. По мере отработки техники радикальных операций на матке, накопления опыта, приобретения современного эндоскопического оборудования можно добиться удаления миомы большого размера. В этом случае хирург и ассистенты должны адекватно воспринимать двухмерное изображение и манипулировать при наличии зеркального эффекта. При выполнении ЛГ важными являются три ключевых момента: использование маточного ретрактора, выбор способа мобилизации маточных сосудов, выполнение интрафасциальной методики.

Важным и сложным моментом в хирургии миомы, особенно больших размеров (более 14 недель беременности), является возможность адекватно манипулировать миоматозно измененной маткой в ограниченном пространстве с целью улучшения визуализации, натяжения ткани, обеспечения безопасных условий для работы режущим инструментом, идентификации важных прилежащих анатомических структур. В этом аспекте возможности 10-мм жесткого зажима, введенного через дополнительный порт, значительно превышают любой маточный манипулятор, так как он позволяет совершать более значительные тракционные и ротационные движения опухолью. Кроме того, тракция матки зажимом в краниальном направлении со стороны брюшной полости приводит к смещению нисходящей ветви маточной артерии и увеличению расстояния между артерией и мочеточником. Это, в свою очередь, уменьшает риск интраоперационного повреждения дистальных отделов мочевого тракта и повышает безопасность гистерэктомии. При смещении матки краниально влагалищным манипулятором данное расстояние уменьшается, что делает диссекцию в этой области более сложной и увеличивает риск случайного повреждения мочеточника.

Мобилизация маточных сосудов является основным и наиболее сложным этапом радикальной операции на матке, который сопряжен с риском развития трудно корригируемых геморрагических осложнений и травм дистальных отделов мочевого тракта. Обработку сосудистых структур матки осуществляют с использованием: би- и монополярной коагуляции, прошивания с помощью иглы, наложения петлевой лигатуры «Roeder» на шейку матки в проекции внутреннего зева (при ЛНАМ), аппарата «LigaSure».

В настоящее время гистерэктомия после аппендэктомии является наиболее частой операцией, выполняемых в мире, а среди гинекологических операций — самым частым оперативным вмешательством. В США выполняют около 600000 гистерэктомий в год. С тех пор как впервые в 1989г Х. Рич выполнил ЛГ, техника операции была также воспроизведена многими оперирующими гинекологами во всем мире. Доказано, что большинство гистерэктомий, требующих чревосечения, могут быть частично или целиком выполнены лапароскопическим доступом. Не смотря на это, ряд исследователей полагает, что лапароскопический доступ для удаления матки увеличивает риск различных осложнений и в первую очередь, урологических: ранение мочеточников, мочевого пузыря, что в свою очередь не является исключением. С другой стороны, было доказано, что лапароскопическая гистерэктомия имеет ряд неоспоримых преимуществ над лапаротомным аналогом. К таким преимуществам относятся: минимальная интраоперационная кровопотеря, менее выраженный послеоперационный болевой синдром, короткие сроки госпитализации, косметический эффект и др.

В последние годы ЛГ прочно вошла в повседневную гинекологическую практику. Тем не менее, частота использования этой операции в сравнении с ее традиционным лапаротомным аналогом остается достаточно низкой. По данным различных источников, в европейских странах доля лапароскопической гистерэктомии от общего числа гистерэктомий варьирует в широких пределах. Так во Франции она составляет — 13,5% [8]; в Великобритании — 36,5% [9], а в США — 75%. Причинами медленного внедрения лапароскопической гистерэктомии в клиническую практику являются отсутствие стандартизированной простой техники операции, доступной большинству оперирующих гинекологов, а также противоречивые данные литературы о показаниях и противопоказаниях к этой операции, выборе ее рационального объема, техники выполнения и клинической целесообразности проведения сопутствующих операций.

После адгезиолизиса и ревизии органов брюшной полости уточняется и выполняется следующий объем оперативного вмешательства. Проводят последовательные 10 этапов:

1. Коагуляция и пересечение круглых связок матки.
2. Диссекция переднего листка широкой маточной связки.
3. Методика «окна» в заднем листке широкой маточной связки. При этом производили вскрытие заднего листка широкой связки матки. В результате мочеточник смещается латерально к стенке таза
4. Биполярная коагуляция придатков матки. При этом в случае выполнения тотальной пангистерэктомии выполнялась коагуляция воронкообразных связок. А при выполнении тотальной гистерэктомии без удаления придатков коагулировались собственные связки яичников и маточные трубы.
5. Пузырно-маточная диссекция выполняется с целью

профилактики повреждения мочевого пузыря при отсечении матки от сводов влагалища.

6. Диссекция маточных сосудов. Важным и необходимым этапом при выполнении лапароскопической гистерэктомии, с нашей точки зрения, является визуализация мочеточников в толще широких связок матки. Особенно это важно для хирургов, не имеющих большого опыта в выполнении данной операции. Частичная диссекция и визуализация мочеточников позволяет избежать такого грозного осложнения, как ранение мочеточника во время пересечения маточных сосудов.

7. Коагуляция и пересечение маточных сосудов. С целью гемостаза маточных сосудов используется биполярная коагуляция. Необходимо последовательно визуализировать маточную вену, коагулировать ее, а затем маточную артерию. В противном случае, при одновременной коагуляции вены и артерии не будет обеспечен надежный гемостаз последней. И при пересечении обеих возможно кровотечение из сократившейся в параметрий маточной артерии. Эта ситуация опасна возможной термической травмой мочеточника при дальнейших попытках коагулировать маточную артерию в параметрии.

8. Вскрытие влагалища и отсечение матки осуществляется при помощи монополярного ножа. При этом проведение этого этапа облегчается за счет маточного манипулятора, позволяющего четко идентифицировать границы влагалища и шейки матки, смещать матку в любую сторону, а также препятствует потере пневмоперитонеума.

9. Удаление матки при небольших размерах через влагалище или при большом размере опухоли производили морцелляциоморцеллятором «RotocutG1» (KarlStorz).

10. Ушивание влагалища 3-4 викриловыми швами сперитонизацией пузырно-маточной складкой, подшивая ее к культиям крестцово-маточных связок.

В современных условиях самым оптимальным методом удаления матки является лапароскопическая надвлагалищная ампутация матки или тотальная лапароскопическая гистерэктомия. Малоинвазивные методы оперативного вмешательства имеют большие преимущества в сравнении с лапоротомным доступом. Послеоперационный период и реабилитация проходят в кратчайшие сроки, качество жизни и физиологическая активность пациенток не снижается. Оздоровление женщин помогает им сохранить трудоспособность и семью, быть полезными для общества в целом.

Литература:

1. Адамян Л.В., Варданян В.Г., Киселев С.И. Эндоскопия в диагностике лечения и мониторинге женских болезней. — М., 2000. — С.211.
2. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней. — М., 2001. — С.132.
3. Савельева Г.М., Штырова С.В., Хатиашвили В.В. // Акушерство-гинекология. — 1996. — №2. — С.10–12.
4. Сидорова И.С. Миома матки. — М., 2003. — С.5.
5. Тихомиров А.Л. Новые принципы лечения миомы матки. — М., 2006. — С.176.

6. Азиев О. В., Бугеренко А. Е., Сазонова Е. О. Опыт применения лапароскопической гистерэктомии // Журнал акушерства и женских болезней. — 2001. — N 3. — С. 34–39.
7. Кулаков В. И., Адамян Л. В., Аскольская С. М. Гистерэктомия и здоровье женщины. — М., 1999. — 311 с.
8. Савельева Г. М. Лапароскопия в гинекологии. — М., 2000.
9. Wattiez A., Soriano D., Fiaccavento A. Total laparoscopic hysterectomy for very enlarged uteri // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. — 2003. — Vol.9, N2. — P.125–130.
10. Lapasse C., Rabischong, Bolandart F. Total laparoscopic hysterectomy and early discharge: satisfaction and feasibility study // J. of Minimally Invasive Gynecology. — 2008. — Vol.15. — P.20–25. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials / Johnson N. [et al.] // BMJ. — 2005. — Vol. 330. — P. 1478.

Тұжырым

Гинекологиялық науқастарды емдеудің аз инвазивті әдістері

Хакиев У.А., Жатқанбаева Г.Ж., Аумолдаева З.М., Утебаева Ж.А., Мырзабаева Н.Н.

Қазақстан-Ресей медициналық университеті Алматы қ., Қазақстан

Түйін сөздер: жатырдың миомасы, лапароскопиялық кіру, лапароскопиялық гистерэктомияның әдістемесі, лапароскопиялық гистерэктомия.

Гистерэктомия гинекологиялық практикада кең таралған операция. Қазіргі уақытта лапароскопиялық гистерэктомия (ЛГ) ең тиімді және қауіпсіз операция деп саналады. Көптеген жарияланымдардың мәліметтері бойынша, «жаңа» операция ретінде лапароскопиялық гистерэктомияның «қисық оқыту» кезеңі әлемдік деңгейде өтті деп айтуға болады.

Қазіргі кезеңде лапароскопиялық гистерэктомияны жүргізу техникасын операциялық араласуларға кеңінен және жаппай енгізуге мүмкіндік беретін деңгейге дейін өңделген деп санауға болады.

Resume

Minimally Invasive Gynecologic Surgery

Khakiev U.A., Zhatkanbayeva G.Zh., Aumoldayeva Z. M., Utebayeva Zh.A., Myrzabayeva N.N.

Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan
Key words: uterine fibroids, laparoscopic approach, laparoscopic hysterectomy, hysterectomy

Hysterectomy is the most operation in gynecological practice.

Currently, many studies have been performed that laparoscopic hysterectomy (LH) is considered. According to most publications, it can be said that the “learning curve” stage of laparoscopic hysterectomy as a “new” operation has been completed. At the present stage, the laparoscopic hysterectomy technique can be considered widespread introduction of surgical intervention.