

## ОПЕРАТИВНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ У ПОДРОСТКОВ

*Г.Н. Кольцова, Л.М. Тухватуллина, В.Я. Попов, К.Х. Фатыхов,  
Р.У. Черновская, И.М. Боголюбова*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — доц. Л.М. Тухватуллина) Казанской государственной медицинской академии последиplomного образования, 13-я городская больница (главврач — Ф.Н. Закиров) г. Казани, 2-я гинекологическая клиника (главврач — М.В. Кормачев) Республиканского медицинского клинического объединения, г. Казань*

Прогресс в области оперативной гинекологии в последние 10 лет обусловлен внедрением достижений в таких отраслях науки, как физика, электроника, оптика, технология производства гормональных препаратов, антибиотиков и антисептиков. Одним из суммарных вариантов этих достижений является видеолапароскопия, то есть передача изображения, полученного с помощью лапароскопии, на экран монитора. Подобная технология совершила революцию в условиях выполнения лапароскопических вмешательств. Если до 1987 г. их делали в условиях наблюдения за ходом вмешательства *ad oculos*, то с присоединением видеосистемы к лапароскопу хирург может видеть происходящее на большом экране. Более того, операция, производимая видеолапароскопическим способом, является как бы коллективной: в ней важна роль как хирурга, так и ассистента, консультанта, а также всех присутствующих на ней.

Преимущества лапароскопических операций в настоящее время для всех очевидны: во-первых, это оптическое увеличение, во-вторых, выполнение операции в условиях увлажнения тканей при минимальном попадании в брюшную полость инородных тел и частиц (талк, тампоны), в-третьих, максимально сокращается число швов в связи с применением электрокоагуляции, лазерной вапоризации. Минимальная инвазия является профилактикой спаикообразования в брюшной полости, обеспечивает значительное уменьшение расходов лекарственных препаратов, быстрое выздоровление больной, сокра-

щение послеоперационного койко-дня, хороший косметический эффект [2, 4, 5]. Благодаря указанным преимуществам, лапароскопические операции стали вариантом выбора в гинекологии. В высокоразвитых странах их процент из того объема, который может быть выполнен этой технологией, достигает 90—95% [7], пределов же для проведения какого-либо хирургического вмешательства на внутренних гениталиях лапароскопическим методом в настоящее время почти нет, то есть реальны даже экстирпация матки с тазовой лимфаденэктомией, удаление позадишеечных эндометриоидных очагов с резекцией стенки прямой кишки. Однако существуют определенные трудности в освоении хирургом техники лапароскопических операций.

Лапароскопические инструменты и техника требуют особенного внимания, и более быстро выходят из строя, чем лапаротомные. Но самой важной проблемой является ситуация, связанная с создаваемым во время операции повышенным внутрибрюшным давлением за счет напряженного пневмоперитонеума при положении больной с опущенным головным концом и приподнятым тазовым. Это ограничивает экскурсии диафрагмы, перегружает правые отделы сердца, затрудняет венозный отток, причем в условиях возможной в той или иной степени гиперкапнии [2, 5, 7]. Поэтому надо очень строго обосновывать показания к лапароскопии у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, с декомпенсацией жизненно важных органов, в геронтологической, педиатрической практике, неотложной хирургии [1].

Вопрос обоснования показаний к лапароскопической операции в таких случаях должен решаться совместно хирургом, анестезиологом и терапевтом.

В последние годы лапароскопия уверенно заняла одно из ведущих мест в диагностике и лечении ряда заболеваний внутренних половых органов у девочек и девушек [3]. Сформулированы следующие показания к применению лапароскопии в детской и подростковой практике: хронические боли в нижних отделах живота, не купируемые консервативной терапией, альгоменорея, наличие кист яичника до 10 см в диаметре, неотложная гинекология, дисгенезия гонад с наличием Y-хромосомы в кариотипе.

В структуре гинекологической заболеваемости детского и подросткового возраста большой удельный вес составляют опухоли и опухолевидные образования яичников (1,5 — 4,8%), поэтому весьма актуально у больных этой категории применение диагностической и оперативной лапароскопии. В настоящее время диагностическая лапароскопия практически самостоятельного значения не имеет, почти во всех случаях она является первым этапом вмешательства, переходя в оперативную лапароскопию.

Под нашим наблюдением находились 28 пациенток в возрасте от 15 до 18 лет, которым было произведено лапароскопическое вмешательство в плановом порядке. В 20% случаев больные отмечали нарушение менструального цикла (гипоменструальный синдром, гиперполименорея, нерегулярные месячные); 10% больных жаловались на тянущие боли в нижних отделах живота, у остальных никаких жалоб не было. Бессимптомное течение заболевания является, по мнению ряда авторов, особенностью клинического течения опухолей и опухолевидных образований яичников у детей [1].

Из анамнеза: менархе — с 11—12 лет, у одной пациентки — в 9 лет, у одной — в 17 лет. Из перенесенных заболеваний наиболее частыми (у 16) были корь, ветряная оспа, паротит. У 10 пациен-

ток имела место сопутствующая соматическая патология: хронический пиелонефрит (у 2), вегетососудистая дистония (у 3), патология желудочно-кишечного тракта (у 5).

На дооперационном этапе всем пациенткам проводили клинико-лабораторное обследование, ультразвуковое сканирование внутренних гениталий в динамике от 2 до 3 раз. 2/3 пациенток на дооперационном этапе получили рассасывающую, противовоспалительную терапию, 10 — гормонотерапию. Дооперационное наблюдение пациенток длилось не менее 3 месяцев. В ходе обследования нами отмечена эффективность УЗИ, которое позволяет с высокой долей достоверности верифицировать характер объемных образований в области придатков матки. При ультразвуковом исследовании пациенток нами были диагностированы следующие виды опухолей: серозные цистаденомы (10), параовариальные кисты (3), ретенционные кисты яичников (8), дермоидные (3), эндометриоидные (4).

28 пациенткам была проведена лапароскопия по общепринятому методу [4, 6, 7]. Для этого использовался комплект эндохирургического оборудования фирмы "Эндомедиум". У одной пациентки лапароскопия была диагностической: объемного образования в области придатков не обнаружено, но диагностирована долихосигма. У 27 больных лапароскопия была оперативной: по поводу фолликулярных кист и кист желтого тела (9), параовариальных кист (3), дермоидных кист (4), эндометриоидных (3), серозных цистаденом (8).

Лапароскопические операции выполняли под общим эндотрахеальным наркозом. Были проведены аднексэктомия (1), вылушение кист (15), резекция яичников (5), пункция кисты с биопсией ее стенки (6). Первым этапом при аднексэктомии по поводу объемных образований яичников являются пункция и эвакуация их содержимого, что позволяет не только уточнить характер образования, но облегчает ход операции и извлечение макропрепарата. В случае вылушения кист, наоборот, необходимо как

можно дольше избегать перфорации образований, так как это облегчает процесс вылушивания.

Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений и составил в среднем 3—5 дней.

## ВЫВОДЫ

1. Диагностика объемных образований придатков матки у подростков требует применения таких современных методов диагностики, как ультразвуковое исследование (при необходимости и возможности — компьютерная томография, ЯМР-томография). Эхография является информативным скрининговым методом: совпадение данных, полученных при УЗИ, с заключительным диагнозом составляет 72 — 84%.

2. Выявленные функциональные кисты требуют динамического наблюдения в течение 3 месяцев с проведением противовоспалительной и гормональной терапии у пациенток старшего возраста.

3. Наиболее информативным диагностическим методом является лапароскопия, которая в настоящее время в большинстве случаев служит и методом оперативного лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гумеров А.А. и др. Проблемы хирургии в акушерстве и гинекологии: Тезисы I съезда Рос. ассоц. акуш.-гин. — М., 1995. — С. 157 — 158.
2. Давыдов А.И., Стрижаков А.Н. Оперативная лапароскопия в гинекологии. — М., 1995.
3. Коробельников И.Н.// Акуш. и гин. — 1996. — № 5. — С. 23 — 24.
4. Савельева Г.М. Эндоскопия в гинекологии. — М., 1983.
5. Савельева Г.М.// Акуш. и гин. — 1996. — № 5. — С. 3 — 5.
6. *Canis M. et al.* // *Obstet. and Gynec.* — 1994. — Vol. 83. — P. 57.
7. *Semm K.* *Endoscopie Intraabdominal Surgery.* Kiev, 1993.

Поступила 19.09.97.

## OPERATIVE LAPAROSCOPY IN NEOPLASMS AND BENIGN TUMORS OF OVARIES IN TEENAGERS

*G.N. Koltsova, L.M. Tukhvatullina, V.Ya. Popov,  
K. Kh. Fatykhov, R.U. Chernovskaya,  
I.M. Bogolyubova*

### S u m m a r y

The importance of such current diagnosis methods as ultrasound examinations, computer tomography NMR-tomography for revealing the volumetric tumors of uterine appendages is noted. The most informative diagnosis method is laparoscopy used at present and as an operative treatment variant. The peculiarities of laparoscopic operations call for exacting indications.