

Д. И. ШАМАРИН, Е. Ф. КИРА

Кафедра акушерства и гинекологии
Российской Военно-медицинской академии,
Санкт-ПетербургОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ
В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В статье изложены основные статистические данные о заболеваемости миомой матки.

Перечислены последствия после радикальных операций по поводу доброкачественных опухолей матки и придатков. Обоснована целесообразность более широкого применения органосберегающих операций.

Представлена новая тактика ведения больных с миомами матки. Рассмотрены основные критерии при выборе метода лечения и определения объема оперативного вмешательства, которые тесно связаны с появившимися современными методами диагностики.

Описаны наиболее используемые в повседневной практике органосберегающие методы хирургического лечения.

Пересмотр принципов функциональной хирургии связан как с внедрением новых технологий и достижений науки в области физики, электроники, оптики, так и с появлением новых поколений гормональных, антигормональных препаратов и антибиотиков, что изменило тактику хирургических вмешательств при многих заболеваниях (опухолевых, воспалительных). Естественно, что на стыке различных подходов, порой диаметрально противоположных, пошатнулись некоторые традиционные представления о хирургическом лечении гинекологических заболеваний, и в то же время еще не укоренились новые методики и принципы, что породило ряд спорных вопросов.

Гистерэктомия — одно из самых распространенных оперативных вмешательств у гинекологических больных. Например, в США из 97 млн. женщин старше 18 лет 19% перенесли удаление матки, причем у 65% операция была выполнена в возрасте 30–40 лет [11].

В структуре гинекологических заболеваний миома матки относится к наиболее часто встречающимся доброкачественным опухолям половой системы женщин. Миома матки встречается у 12–25% пациенток гинекологических учреждений и является наиболее частым показанием к оперативному вмешательству. При этом, как правило, проводятся радикальные операции (надвлагалищная ампутация или экстирпация матки), которые приводят к потере репродуктивной и менструальной функций, сопро-

вождаются значительными сдвигами в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе и усугубляют уже имеющиеся нарушения. Сказанное диктует целесообразность разработки и внедрения органосохраняющих операций в молодом возрасте. Однако такие операции на сегодняшний день составляют всего 8,2–18,9% оперативных вмешательств на матке [2].

Благодаря успехам комплексных исследований, выполненных по проблемам миомы матки, появилась возможность подойти с новых позиций к вопросам патогенеза болезни, включая морфологические изменения, определить многообразие путей её развития. Возникли предпосылки для всестороннего изучения методов консервативного лечения. В ряде случаев удается добиться торможения роста опухоли и даже обратного ее развития. На смену пассивному наблюдению за больными, в процессе которого выявились показания к оперативному вмешательству, пришло активное ведение этих больных. Выявилась возможность уменьшить частоту хирургических вмешательств и чаще производить органосохраняющие операции. В то же время выбор метода лечения и определения объема оперативного вмешательства при миоме матки решаются не всегда однозначно [13].

Это связано, во-первых, настоятельной потребностью женщин сохранить «целость организма». Тенденция «стандартизированного лечения» сменяется концепцией «индивидуализированно-

Журнал
акушерства
и женских
болезней



го лечения». Стремление к сохранению женских половых органов вызывает необходимость разграничения органосохраняющих операций и операций, направленных на удаление гениталий. В современной литературе обсуждается возможность применения косметических операций. Отмечается противоречие между стремлением к минимизации операционной травмы, к сохранению органов и необходимостью обеспечения контроля за опухолью, который входит в концепцию «индивидуализированной» хирургии [27].

Во-вторых, историческая преемственность. В 1997 году, в годовщину первого столетия существования Императорского клинического акушерско-гинекологического института, его директором проф. Д.О. Оттом были сформулированы “строгие положения терапии фибромиомы матки”. Наиболее интересными из них, на наш взгляд, являлись следующие:

1. Прогрессирование симптомов, вызываемых фибромиомой, является показанием к радикальному лечению и оперативному удалению опухоли.

2. К операции прибегать пораньше, на фибромиому по клиническому течению смотреть как на злокачественное новообразование, так как симптомы, вызываемые ею, хотя и не ведут непосредственно к смерти, но подрывают здоровье организма и сокращают продолжительность жизни.

3. Главный принцип в оперативных вмешательствах — возможный консерватизм, как в отношении матки, так и в отношении яичников.

4. Влагалищное удаление фиброматозной матки, где таковое возможно, должно иметь преимущество перед остальными оперативными методами, сопряженными с чревосечением.

Если свести содержание всех вышеизложенных “строгих положений” Д.О. Отта в единую нормативную формулу, то в со-

временной интерпретации она может быть изложена так: “Сведение до минимума риска хирургической травмы, достигаемое ранним оперированием (как можно меньший объем вмешательства, удовлетворительное состояние пациентки) и применением максимально безопасных для конкретного времени хирургических технологий, не только снижает риск радикальных операций, но и существенно расширяет возможности функциональной хирургии матки при миоме”. Положения этой формулы целиком вписываются в общепринятый медицинский постулат:

“ранняя диагностика — раннее лечение — наилучшие результаты” [14].

В-третьих, возможности реконструктивных операций и оперативной гинекологии, диагностики, тактики, отработки оптимальных наименее травматических методов хирургического лечения, вопросов, связанных с шовным материалом, рациональная реабилитация функциональных способностей внутренних гениталий позволяет более широко применять органосохраняющие операции.

Для адекватного проведения органосохраняющих операций необходима более ранняя и высокоинформативная диагностика. В последнее время чаще применяются разные методы [12,16,18,20,23,24,26]:

- диагностическая эхография. Точность метода при фибромиомах - 70 %, при опухолях яичников - 46%; чувствительность метода эхографического исследования опухолей малого таза и придатков матки - 89%, специфичность - 80%, положительная прогностическая оценка - 49%;

- применение вакуум-аспирации в диагностике опухолевых процессов матки (полное совпадение гистологического заключения). Метод позволяет быстро и надёжно произвести одно из самых достоверных исследований при опухолевом процессе матки и другой

патологии эндометрия. Исключительно прост, легко выполним, минимум осложнений;

- гистероскопия с использованием жидких сред;

- ядерно-магнитный резонанс. Позволяет более точно определить субмукозно и интрамурально расположенные узлы лейомиомы матки. Чувствительность составляет 87%, специфичность - 89%, положительное прогностическое значение - 75%;

- использование низкотональной МР-томографии (топическое выявление миом матки - 94%, опухолевых образований яичников - 89%; отмечается низкая специфичность этого метода при кистозных поражениях).

Для диагностирования и лечения больных с заболеваниями органов репродуктивной системы рекомендуется экспресс-анкетирование для формирования групп риска [17].

Многообразие клинического течения, затруднения, встречающиеся при диагностике, а также отсутствие данных об истинном происхождении миом матки подчас создают трудности при выборе метода их лечения. Можно выделить медикаментозные или консервативные (гормональные, симптоматические) и хирургические методы лечения доброкачественных опухолей.

Органосохраняющие (органосберегающие) операции условно тоже подразделяют на консервативные и радикальные.

Медикаментозная терапия направлена на замедление роста опухоли и снижение тяжести клинического течения заболевания. Цель радикального лечения — хирургическое удаление опухоли или пораженного органа (целиком или частично). Соотношение радикальных хирургических вмешательств и органосохраняющих операций составляет соответственно 80% и 20% [7].

Таким образом, современная концепция врачебной тактики при миоме матки основывается на раннем выявлении опухоли и фун-

кциональном комплексном лечебном воздействии с возможным использованием как адъювантной гормональной терапии, так и малоинвазивного хирургического вмешательства [6].

Остановимся на наиболее используемых, в повседневной практике органосберегающих методах хирургического лечения.

Лапароскопия. Лапароскопия имеет ряд таких немаловажных достоинств, как значительное уменьшение кровопотери и операционной травмы, уменьшение времени проведения операции и наркоза, возможность более широкого выбора анестезиологического пособия (от внутривенного обезболивания до эндотрахеального наркоза), снижение расхода наркотических анальгетиков во время операции и в послеоперационном периоде и многое др.

Преимуществами лапароскопического доступа являются и такие факторы, как сокращение числа пред- и послеоперационных койко-дней, быстрое возвращение женщины к труду, что повышает экономическую эффективность метода. Отсутствие больших послеоперационных рубцов имеет большое значение для социальной и психологической адаптации женщин и становится порой решающим моментом для согласия пациентки на операцию.

Операционная лапароскопия является развивающимся и весьма перспективным направлением в гинекологии, служит методом выбора в лечении многих гинекологических заболеваний [3,9].

В гинекологической клинике Лейпцигского университета частота операционных лапароскопий в 1995 году составила 9,9%. Летальность при них не превысила (0,05%), а несмертельных осложнений - 0,6% [19].

При проведении органосберегающих операций в случаях небольших размеров узлов на матке предпочтительнее выбрать лапароскопический доступ. В то же время мини-лапаротомия, или традиционное чревосечение, пока-

зано при больших размерах опухоли или её отдельных узлов, их интралигаментарном расположении, при близком прохождении крупных сосудов или мочеточников. Недоучёт этих особенностей может удлинить время операции, привести к интраоперационным осложнениям, а нерадикальное или неполное удаление узлов может явиться причиной персистенции опухолей и роста их в дальнейшем. Дополнительное использование современных технологий, дооперационное применение аналогов гонадотропин-рилизинг-гормонов, обработка ложа опухоли расфокусированным лучом лазера, использование барьеров (фибриновый клей, интерсид) и современных ареактивных синтетических нитей способствуют улучшению результатов операции миомэктомии при использовании всех доступов [1].

Гистероскопические операции. Гистерорезектоскопические операции показаны при субмукозных опухолях, имеющих ножку, при субмукозно-интерстициальных опухолях. Благоприятные результаты лечения отмечаются в 73-80%. Гистероскопия является наиболее экономически выгодной операцией, поскольку продолжительность при ней и послеоперационная адаптация минимальные [25]. В последние годы чаще стали использоваться одномоментные лапаро+гистероскопические операции [22].

В настоящее время лазерная техника нашла широкое применение в различных областях медицины, в том числе в гинекологии. Лазеры с успехом используются для лечения патологических процессов наружных и внутренних половых органов, а также при гинекологической эндоскопии. Следовательно, актуальным является поиск нетрадиционных хирургических методик, позволяющих снизить травматичность и повысить абластичность при проведении реконструктивно-пластических операций.

Гистероскопическая лазерная

миомэктомия сейчас широко внедряется, но при этом ещё остаётся довольно высокий риск перехода на лапаротомию - до 7,5%, что связано с трудностями гистероскопического ушивания ложа удалённых миоматозных узлов и, соответственно, полного гемостаза.

Полученные предварительные результаты позволяют считать, что использование CO₂-лазера при реконструктивно-пластических операциях на матке и придатках, особенно при проведении обширных вмешательств по поводу сочетанной гинекологической патологии и эндометриоза, имеет ряд существенных преимуществ по сравнению с общепринятыми методиками: значительно уменьшает кровопотери во время операции, снижает отек и экссудацию, повышает асептичность вмешательства, делает его относительно менее травматичным, что в некоторых случаях позволяет производить реконструктивные операции даже на беременной матке [1].

Имеются данные о резектоскопической вапоризации миомы (лазеротомии) с использованием двух электродов амбулаторно под наркозом без интубации [21], использовании ультразвукового и радио скальпеля [4].

Однако в большинстве стран мира наиболее частыми гинекологическими операциями являются надвлагалищная ампутация и экстирпация матки (субтотальная и тотальная гистерэктомия). Их частота колеблется от 25 до 38%; возраст больных - от 40 до 45 лет (в среднем - 42,7 лет).

Надвлагалищная ампутация и экстирпация матки способствуют нарушению сложных нейроэндокринных взаимоотношений в системе гипоталамус - гипофиз - кора надпочечников - щитовидная железа, влияют на кровообращение, иннервацию, лимфатическую систему тазового дна. Вместе с тем указывается, что после гистерэктомии долго сохраняется гормональная активность яичников [10].

Еще на рубеже XX века Рихард Верт (1899) обратил внимание, что такие симптомы снижения функции яичников, как приливы жара и потливость, появляются не только после овариэктомии, но и после гистерэктомии с сохранением одного или обоих придатков. Существуют различные мнения о частоте и времени выпадения функции яичников после оперативного удаления матки. Эти вопросы только начинают изучаться.

По данным различных авторов, частота выпадения функции яичников после субтотальной и тотальной гистерэктомии составляет от 16,7 до 57,5%.

Снижение функциональной активности половых желез происходит, вероятно, вследствие пересечения собственной связки яичника и нарушения анастомоза между яичниковой и маточной артерией, в результате чего нарушается кровоснабжение яичников. Выделяются би- и моноартериальные типы кровоснабжения яичников. При биартериальном типе яичники получают питание от яичниковой ветви маточной артерии и от яичниковой артерии. При моноартериальном виде яичники кровоснабжаются от ветви маточной артерии, которая идет вдоль ворот яичника и отдает ему веточки, анастомозируя в подвешивающей связке с яичниковой артерией. В другом варианте моноартериального кровоснабжения яичник получает питание исключительно из яичниковой артерии. При изучении анатомических особенностей кровоснабжения придатков матки на трупах выделено 3 типа кровоснабжения яичников: при 1-м типе (в 51% случаев) яичник равномерно кровоснабжается из ветви маточной артерии и яичниковой артерии, при 2-м типе питание происходит преимущественно из ветви маточной артерии (38%), при 3-м типе — в основном из яичниковой артерии (11%). Очевидно, что функция сохраненных яичников зави-

сит от типа кровоснабжения. При пересечении собственной связки яичника, получающего питание преимущественно из маточной артерии, возникает резкое угнетение кровотока в экстраорганных сосудах вплоть до полной ишемии яичника. При нарушении кровоснабжения и иннервации, сохраненных во время гистерэктомии яичников, они претерпевают дегенеративные изменения.

Таким образом, у части женщин репродуктивного возраста, имеющих преимущественное кровоснабжение яичников из ветвей маточной артерии, после гистерэктомии без придатков может развиться симптоматика, схожая с климактерическим синдромом вследствие снижения овариальной функции [11].

Наиболее ранними симптомами, развивающимися после гистерэктомии из-за снижения овариальной функции, считают вазомоторные и психоэмоциональные нарушения. Они включают приливы жара, повышенную потливость, головную боль, снижение или повышение артериального давления, ознобы, сердцебиения, а также депрессию, нервозность, бессонницу.

Снижение уровня эстрадиола после гистерэктомии может быть одним из факторов, ответственных за развитие депрессии. При гипоестрогении нарушается обмен триптофана, уменьшается его содержание в плазме крови, что характерно для депрессивных состояний.

Важным итогом любого лечебного процесса является не столько его радикализм по отношению к заболеванию, сколько улучшение состояния больного, применительно ко всем сферам его деятельности по окончании лечения. Лечебный процесс, результаты которого оцениваются улучшением показателей качества жизни, это претворение в жизнь принципа «Лечить больного, а не болезнь».

Выявлено, что после реконст-

руктивно-пластических операциях в большей степени, чем после радикальных, отмечается нормализация функционального состояния ЦНС, эмоционально-личностной структуры, снижение частоты нейроэндокринных нарушений, патологического течения пременопаузального и климактерического периодов, варикозного расширения вен и тромбозов, нейроциркуляторной дистонии, гиперпластических процессов молочных желез, нарушений жирового обмена, улучшение сексуальных отношений. Полученные результаты послужили основанием для ограничения радикальных операций у больных лейомиомой матки [5].

Необходимо отметить, что качество жизни больных после гистерэктомии изучено недостаточно. Полученные в этом отношении данные могут способствовать ограничению неоправданного радикализма или излишнего консерватизма при оперативных вмешательствах на половых органах женщины [10].

Проблема изучения выбора и применения органосохраняющих операций и последствий оперативного вмешательства на матке и придатках представляется актуальной и спорной в настоящее время.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Зарубиани З.Р., Киселёв С.И. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста // Акушерство и гинекология. — 1997. — №3. — С. 40-44.
2. Ботвин М.А., Побединский Н.М., Зуев В.М., Белых С.И. Реконструктивно-восстановительные операции у больных миомой матки // Акушерство и гинекология. — 1994. — №5. — С. 38-42.
3. Бугеренко А.Е., Бочинская Л.Н., Бреусенко В.Г., Штырёв С.В., Евсеев А.А., Затонских Л.В. Опыт использования операционной

лапароскопии у гинекологических больных // *Акушерство и гинекология*. – 1994. – №3. – С. 42-45.

4. Варданян В.Г. Реконструктивно-пластические операции с использованием ультразвукового скальпеля у больных миомой матки: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1998. – 23 с.

5. Васильченко Н.П. Клинико-физиологическое обоснование реконструктивно-пластических операций у больных лейомиомой матки. // Тез. докл. науч. конф. "Состояние и актуальные проблемы оперативной гинекологии". – СПб., 1992. – С. 19-20.

6. Вихляева Е.М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки // *Вестн. Рос. Ассоциации акушеров-гинекологов*. – 1997. – №3. – С. 21-22.

7. Зуев В.М. Некоторые вопросы патогенеза, диагностика и комплексная терапия женщин с воспалительными процессами доброкачественными новообразованиями органов репродуктивной системы: Автореф. Дис. ...д-ра мед. наук. – М., 1998. – 58 с.

8. Киселёв С.И., Белоглазова С.Е. Опыт использования СОI – лазера при реконструктивно-пластических операциях у больных миомой матки и эндометриозом // *Акушерство и гинекология*. – 1990. – №2. – С. 24-27.

9. Киселёв С.И., Мурашко А.В., Сильвёстров А.А. Хирургические доступы при реконструктивно-пластических операциях у больных с миомой матки // *Пути развития современной гинекологии*. – М., 1995. – С. 129.

10. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И., Фролова О.Г. Здоровье и качество жизни женщины после тотальной и субтотальной гистерэктомии, произведённой по поводу миомы матки // *Акушерство и гинекология*. – 1999. – №1. – С. 31-34.

11. Макаров О.В., Доброхотова Ю.Э., Чернышенко Т.А. Функциональное состояние яичников и метаболические изменения у женщин репродуктивного возраста после

гистерэктомии // *Рос. мед. журн.* – 1998. – №6. – С. 26-29.

12. Мельник И.К., Мельник Н.И., Попов А.В. Применение вакуум-аспирации в диагностике опухолевых процессов матки // Тез. докл. IX съезда акушеров-гинекологов УССР. – Киев, 1991. – С. 156.

13. Сабиева М.М., Хашукуева А.З., Культербаева М.А., Курашинова М.М. К вопросу хирургического лечения больных миомой матки // *Вестн. Кабардино-Балк. ун-та Сер. Мед. науки*. – 1996. – Вып.2. – С.87-89.

14. Савицкий Г.А. "Строгие положения терапии фибромиомы матки" Д.О. Отта и современные аспекты функциональной хирургии при миоме матки // *Вестн. Рос. Ассоциации акушеров-гинекологов*. – 1997. – №3. – С. 84-86.

15. Тимошенко Л.В., Голубев В.А., Коханевич Е.В., Рыбалка А.Н., Заец В.В. Стромальные опухоли матки // *Практическая гинекология*. – Киев, 1988. – С. 161-168.

16. Туляганов Т.Е., Мордухович В.И., Туляганова Г.Т. Гистероскопия в диагностике полипоза эндометрия // *Актуальные вопросы акушерства и гинекологии*. – Ташкент, 1991. – С. 81-86.

17. Харченко В.П., Титова В.А. Интеграция диагностического и лечебного процесса в онкогинекологии // *Вестн. рентгенологии и радиологии*. – 1994. – №2. – С. 53-58.

18. Шатов А.В. Возможность низкотональной МР-томографии в диагностике патологии внутренних половых органов у женщин // *Магнитный резонанс в медицине*. – М., 1997. – С. 101.

19. Alexander H., Briest S. Übersicht über die Entwicklung laparoskopischer Operationsverfahren an der Frauenklinik der Universität Leipzig von 1989-1993 // *Zentrbl. Gynäkol.* – 1995. – Bd. 117, №6. – С. 310-313.

20. Balen F.G., Hall-Craggs M.A., Allen C.M., Griffiths M.J., Siddle N., Zeeb W.R. Comparison of MR and netrasound contrast hystero-graphy for localization of uterine leiomyomata // *Brit. J. Radiol.* 1993. – Vol. 66,

Suppl. – P. 139-140.

21. Brooks P.G. Resectoscopic myoma vaporizer // *J. Reprod. Med.* – 1995. – Vol. 40, №11. – P. 791-795.

22. Charson C., Dubuisson Y.B. Le traitement endoscopiques des fibromes uterins // *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.* – 1996. – Vol. 91, №7/9. – P. 433-437.

23. Davies A.P., Jacobs J., Woolas R., Fish A., Oram D. The adnexal mass: Benign or malignant? Evalnation of a risk of malignancy index // *Brit. J. Obstet. Gynaecol.* – 1993. – Vol. 100, №10. – P. 927-931.

24. Donald J. Diagnostic user of sonar in obstetric and gynaecology // *Brit. J. Obstet. Gynaecol.* – 1993. – Vol. 100, №1. – P. 21-33.

25. Rays C. Les fibromes et leurs chirurgies // *Gynecol. Obstet.* – 1997. – №363. – P. 4-5; P. 7.

26. Rodriguez J.Y.M., Vico M., Merino G., Acien P. Los ultrasonidos en el diagnostico de tumoracion pelvica anexai // *Clin. Invest. Ginecol. Obstet.* – 1995. – Vol. 22, №3. – P. 107-112.

27. Walluriener D., Bastert G. Therahie-verfahren in der gynäkologischen onkologie // *Zentrbl. Gynakol.* – 1996. – Bd 118, №6. – S. 314.