

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МЕТОДОВ ВИЗУАЛИЗАЦИИ (СКТ) В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ И СОЧЕТАННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

На основе ретроспективного и проспективного анализа историй болезни 540 больных с рецидивирующей гиперплазией эндометрия и с сочетанной внутриматочной патологией (рецидивирующая гиперплазия эндометрия + миома матки и/или внутренний эндометриоз тела матки) в статье пересматриваются некоторые аспекты хирургического лечения данной патологии, сравнивается эффективность различных видов эндоскопических операций, рассматриваются возможности СКТ в диагностике патологии матки.

С появлением эндоскопии диагностика и лечение гинекологических заболеваний получили новый стимул для своего развития. Эндоскопическое направление позволило не только расширить диапазон диагностических манипуляций, но и разработать новые оперативные методики, которые по эффективности не уступают традиционным хирургическим операциям. Так, хирурги-гинекологи осваивают все новые виды хирургических энергий и разрабатывают оборудование для их доставки с помощью гистероскопического метода непосредственно к патологическому участку в полости матки [1, 9, 11, 12, 16]. В настоящее время такой метод внутриматочного применения электрической энергии как гистерорезектоскопия стал традиционным [1, 2, 9, 13, 19]. Гистероскопия – это уже не просто внутриматочное исследование, а доступ при органосохраняющих операциях, которые являются альтернативой традиционным гинекологическим операциям на матке [2, 5, 9, 18]. Широкое внедрение гистероскопии и резектоскопии ознаменовало собой открытие нового важного раздела оперативной гинекологии – внутриматочной хирургии. Появились современные методы визуализации и диагностики [8, 17], а также хирургического лечения заболеваний эндометрия, избирательно воздействующие только на патологически измененные клетки и ткани на молекулярном уровне. Это хорошо сочетается с целым рядом возможностей и преимуществ гистероскопии, которая является един-

ственным методом, позволяющим визуально осмотреть полость матки, установить характер внутриматочной патологии, немедленно приступить к внутриматочной хирургии и осуществлять ее под контролем зрения [2, 9, 15, 18].

Внутриматочная патология, ее диагностика и последующее лечение на сегодняшний день продолжает оставаться наиболее актуальной проблемой современной оперативной гинекологии. Гиперпластические заболевания эндометрия относят к числу наиболее распространенных патологических процессов в матке [3, 4, 19]. Особого внимания заслуживают длительно существующие, часто рецидивирующие гиперпластические процессы, тесная связь которых с развитием инвазивного рака матки отмечена в 20-30% наблюдений [3, 4, 10, 18]. На сегодняшний день современные консервативные методы лечения этих заболеваний не дают обнадеживающих перспектив, тем более что значительная часть пациенток имеет противопоказания к назначению гормональных препаратов, широко применяющихся в терапии гиперпластических процессов эндометрия [6, 14]. С учетом высокой стоимости гормональных препаратов в настоящее время возникают не только медицинские, но и социальные аспекты проблемы, требующие обоснованного выбора конкретного вида лечения для каждой пациентки [6].

Цель

Целью настоящей работы явилось изучение возможностей со-

временных технических средств в диагностике и хирургическом лечении гиперпластических процессов эндометрия и сочетанной гинекологической патологии.

Материалы, методы и результаты исследования

В основу исследования положен анализ историй болезни 540 больных, находившихся на обследовании и хирургическом лечении в отделении оперативной гинекологии НЦ АГиП РАМН в период с 1992 по 2000 г. с изолированной рецидивирующей гиперплазией эндометрия (железисто-кистозной) (1 группа – 42 больные) и с сочетанной внутриматочной патологией (2-я группа – 498 больных), у которых рецидивирующая гиперплазия эндометрия (железисто-кистозная, аденоматозная) сочеталась с миомой матки и/или внутренним эндометриозом тела матки. Период наблюдения составил от 6 месяцев до 6 лет. Возраст обследованных пациенток был от 39 до 50 лет. 32% больных до момента операции длительное время лечились гормональными препаратами и другими методами консервативной терапии без положительного эффекта. 24% подвергались неоднократным выскабливаниям стенок полости матки по поводу маточных кровотечений в различных лечебных учреждениях.

При изучении структуры жалоб было выявлено, что большинство пациенток (89%) беспокоили обильные и длительные менструации, анемизирующие больную, беспорядочные ациклические кровянистые выделения из половых путей, боли в нижних отделах живота, слабость, недомогание. Анемия на момент поступления имела место у 214 больных. Длительность клинических проявлений заболевания варьировала от 3 месяцев до 7 лет.

Всем пациенткам на догоспитальном этапе помимо обычных исследований проводилось трансвагинальное ультразвуковое сканирование, в особо сложных

случаях (56 больных), когда имело место выраженная сочетанная гинекологическая патология, – СКТ. Спиральная компьютерная томография – современная методика объемного сканирования, преимуществами которой являются: обширные возможности постпроцессорной обработки полученной информации, мультипланарная и трехмерная реконструкция изображения, большая скорость сканирования. Эта методика является безусловно информативной, так как позволяет наиболее точно определить расположение патологического очага, степень деформации полости матки, глубину поражения, что было подтверждено результатами диагностических гистероскопий.

42 больным с изолированной рецидивирующей гиперплазией эндометрия, имеющим соматические противопоказания к проведению радикального хирургического лечения или отказывающимся от удаления матки, проведена абляция эндометрия как альтернатива гистерэктомии. Для этой цели использовалась электрохирургическая резектоскопическая методика операции. Для облегчения проведения операции у 24 больных была применена предоперационная гормональная подготовка в течение 1-3 мес. капсулированным антигонадотропином даназолом (7 больных) или агонистами ГнРГ – инъекционными формами золадекс, декапептил-депо или эндоназальными спреями – синарел и бузевеллин (6, 3, 4 и 4 больных соответственно). Медикаментозная подготовка облегчает проведение операции вследствие атрофии эндометрия, что улучшает визуализацию внутриматочной патологии, снижает интраоперационную кровопотерю, сокращает длительность операции. Желаемым результатом является истончение эндометрия до 0,5 мм. Такой эндометрий легко удаляется, меньше кровоточит, содержит небольшое количество коагулированных тканей, подлежащих удалению из полости матки.

При абляции эндометрия обрабатывали зоны трубных углов (I зона), дна матки (II зона), передней, задней, боковых стенок (III зона) матки, заканчивая выше внутреннего зева цервикального канала. При резектоскопическом удалении эндометрия для зоны III использовали петельный электрод с углом наклона 90°, для зоны II – петельный электрод с углом наклона 45°, для зоны I – шаровой электрод. Интра- и постоперационных осложнений не отмечено. Продолжительность операции варьировала от 15 до 30 минут. Пациентки выписывались в день операции или на вторые сутки после нее. Преимуществами гистерорезектоскопической абляции эндометрия у женщин с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия являются малая травматичность операции, хорошая переносимость пациенткой, сокращение сроков активизации больных и послеоперационного койко-дня. Критерием эффективности мы считали аменорею, которая наблюдалась после операции у 32 больных. Данные контрольной гистероскопии, проведенной у 28 пациенток через 4-6 месяцев после гистерорезектоскопии, выявили рубцово-спаечный процесс в полости матки, что подтверждает высокую эффективность резектоскопического удаления эндометрия.

У 498 больных с описанной сочетанной патологией после проведения диагностической гистероскопии с последующей патоморфологической верификацией диагноза была проведена тотальная интрафасциальная лапароскопическая гистерэктомия по методике отделения оперативной гинекологии НЦ АГиП РАМН [7]. Используемая нами техника тотальной лапароскопической гистерэктомии у больных миомой более проста, чем предлагавшиеся ранее (Reich, Liu, Garry). Она включает следующие этапы: 1) коагуляцию и рассечение круглых маточных связок с одновременным вскрытием пузырно-маточной складки брюши-

ны, отсепаровкой мочевого пузыря книзу и выделением маточных сосудов спереди; 2) создание «окон» в широких маточных связках путем рассечения брюшины их задних листков до уровня крестцово-маточных связок с частичным пересечением последних и одновременным выделением маточных сосудов сзади; 3) перевязка яичниковых связок; 4) лигирование маточных сосудов путем прошивания на уровне внутреннего зева шейки матки; 5) пересечение яичниковых связок после лигирования маточных сосудов (во всех случаях, когда это осуществимо технически); 6) пересечение маточных сосудов и циркулярное рассечение тазовой фасции и сводов влагалища одновременно с пересечением кардинальных и крестцово-маточных связок с помощью обозначившего своды влагалища маточного манипулятора (Clermont-Ferrand или АПЕКС); 7) зашивание влагалища двумя восьмеркообразными швами с захватыванием в шов кардинальных и крестцово-маточных связок.

Упрощение техники обусловлено следующим: 1) мы считаем, что при большинстве лапароскопических гистерэктомий у больных миомой матки нет необходимости в выделении мочеточников с целью последующего лигирования основного ствола маточной артерии, а вполне достаточным является выделение, лигирование и коагуляция восходящей ветви маточной артерии вместе с маточными венами; 2) пересечение яичниковых сосудов после лигирования маточных позволяет избежать проблем «обратного» кровотечения; 3) рассечение фасции, крестцово-маточно-кардинального комплекса и сводов влагалища монополярным током с одновременным усиленным поднятием сводов кверху обеспечивает эффект постепенного «вылуцивания» шейки матки, идентичный таковому при проведении лапаротомической интрафасциальной гистерэктомии.

Все операции производились целиком лапароскопически. Часто

из-за анатомических причин матку нельзя было извлечь из брюшной полости целиком. В этих случаях извлечение удаленной матки осуществлялось влагалищным путем с помощью морцелляции, выполняемой по правилам, предложенным для влагалищной гистерэктомии. Для выполнения тотальной лапароскопической гистерэктомии за исключением специального маточного манипулятора использовались стандартные лапароскопические инструменты.

Средняя интраоперационная кровопотеря составила 120 мл, средняя продолжительность операции – 84 мин. Углубленное исследование удаленной матки с помощью гистологического и электронно-микроскопического методов подтвердило высокую частоту сочетания патологии эндометрия и миометрия в виде миомы матки и различной степени выраженности внутреннего эндометриоза (в 33% случаев). Использование лапароскопической методики тотальной гистерэктомии при сочетанной внутриматочной патологии также имеет выраженные преимущества по сравнению с лапаротомными операциями, а именно снижение количества осложнений, сокращение длительности операции, послеоперационного койко-дня, сроков реабилитации больных.

Результатами глубокого всестороннего ретроспективного и проспективного анализов являются выводы о высокой эффективности применения современных передовых технологий, являющихся альтернативой лапаротомным операциям при различных видах гинекологической патологии. Внедрение в гинекологическую практику современных технологий, к числу которых относится и гистерорезектоскопия, дает возможность пересмотреть некоторые аспекты хирургического лечения данной патологии матки, позволяет избежать радикальных операций у женщин, имеющих тяжелую соматическую патологию или категорически отказывающихся от радикального лечения. Эндоскопическое

направление позволяет использовать современные достижения технического прогресса во благо женщины, что отражается на качестве жизни пациентки. На сегодняшний день это является важной психологической и медицинской проблемой.

Литература

1. Адамян Л.В., Белоглазова С.Е. Гистероскопия в оперативной гинекологии // Акуш. и гин. – 1991. – №4. С. 73-75.
2. Адамян Л.В., Киселев С.И., Зурабиани З.Р. Лапароскопический и гистероскопический доступы при органосохраняющих операциях у больных миомой матки // Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. – М., 1997. – Т.1. – С. 200-204.
3. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – Л.: Медицина, 1989. – 463 с.
4. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М.: Медицинское информационное агентство, 1997. – 768 с.
5. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Хирургическая лапароскопия в гинекологии. – Акуш. и гин. -1995. – №5. -С. 3-5.
6. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. – М.: Медицина, 1999. – 311 с.
7. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Киселев С.И. Тотальная лапароскопическая гистерэктомия // Эндоскопия в гинекологии. – М., 1999. – С. 79-93
8. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мурватов К.Д. Магнитно-резонансная томография в гинекологии. – М.: Антидор., 1999. – 192 с.
9. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. Гистероскопия. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 172 с.
10. Савельева Г.М., Серов В.Н. Предрак эндометрия. – М.: Медицина, 1980. – 168 с.
11. Adamson G. D., Martin D.C. (ed.) Endoscopic management of

gynecologic disease. – Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. – 1996. – 440 p.

12. Cohen S.M. (ed.) *Operative laparoscopy and hysteroscopy.* – New York: Churchill Livingstone. – 1996. – 320 p.

13. Edstrom K.G.B. *Intrauterine surgical procedures during hysteroscopy // Endoscopy.* – 1974. – N6. – P. 175.

14. Garry R., Reich H. (eds.). *Laparoscopic hysterectomy.* Blackwell Science. – 1993. – 197 p.

15. Hamou J., Taylor P.J. *Panoramic, contact and microhysteroscopy // In: Current problems in obstetrics and gynecology: VI Gynecologic practice.* – Chicago: Year Books Medical Publishers. – 1982. – P. 61-64.

16. Loffer F.D. *Removal of large symptomatic intrauterine growths by the hysteroscopic resectoscope // Obstet. Gynecol.* – 1990. – 76. – P. 836-840.

17. Reich H. *New techniques in advance laparoscopic surgery // In: Sutton C. (ed.): Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynecology.* – 1989. – Vol. 3. – P. 655-681.

18. Siegler A.M., Lindemann H.J. (eds.). *Hysteroscopy principles and practice.* – Philadelphia: J.B. Lippincott. – 1983. – 624 p.

19. Vancaillie T. *Endometrial electroablation // In: Sutton C., Diamond M. (eds.): Endoscopic surgery for gynecologists.* – London: W.B. Saunders. – 1993. – P. 307.