

УДК 618.14-006-089

© Коллектив авторов, 2013.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Е. Д. Минович, Н. В. Гребельная, В. А. Митюков, С. А. Петренко

Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав. – профессор В. М. Астахов), Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького; 83003, Украина, г. Донецк, пр. Ильича, 16; E-mail: gyn2@dsmtu.edu.ua

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF MYOMA OF THE UTERUS

E. D. Mirovich, N. V. Grebelnaya, V. A. Mitukov, S. A. Petrenko

SUMMARY

We present a review of the surgical treatment results in 714 patients with leiomyoma uteri. We have established that an adequate clinical estimation and individual approach make possible to apply, in most cases, low-invasive technologies. They provide for a good cosmetic effect, short hospitalization and rehabilitation term, a low frequency of postoperative complications and absence of long-term postoperative complications. Dismissing groundless radicalism enables protection of the menstrual and reproductive function in some patients, which, apart from medical aspects, essential moral and social benefits.

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ

Є. Д. Мірович, Н. В. Гребельна, В. О. Мітюков, С. О. Петренко

РЕЗЮМЕ

Проведено узагальнення результатів хірургічного лікування 714 хворих лейоміомою матки. Показано, що адекватна клінічна оцінка та індивідуальний підхід дозволяють у більшості випадків застосовувати малоінвазивні технології, які мають добрий косметичний ефект, короткі строки перебування в стаціонарі та реабілітації, низьку частоту післяопераційних ускладнень та відсутність ускладнень пізнього післяопераційного періоду. Крім того, відмовлення від необґрунтованого радикалізму дає змогу збереження у деяких хворих репродуктивної та менструальної функції, що має, окрім медичних, значні моральні та соціальні аспекти.

Ключевые слова: миома матки, хирургическое лечение.

Миома матки относится к широко распространенным заболеваниям и занимает одно из ведущих мест среди патологии репродуктивной системы. По данным разных авторов, частота заболевания в общей популяции колеблется в пределах 10,0-27,0%, а у 20,0-25,0% женщин возникает в репродуктивном возрасте [1]. В последние годы активно разрабатываются и внедряются консервативные методы лечения, такие как применение агонистов рилизинг-гормонов, ингибиторов ароматаз, эмболизация маточных артерий [2]. Данные методики позволяют определенному контингенту пациенток предложить альтернативу хирургическим методам, которые, тем не менее, остаются основными в лечении заболевания. Существуют различные методы хирургического лечения миомы матки, которые разделяются, в основном, на две большие группы – радикальные и органосохраняющие. В свою очередь, данные методы также подразделяются в зависимости от хирургического доступа, который может быть абдоминальным, трансвагинальным, трансцервикальным и лапароскопическим.

Целью данной работы является обобщение результатов хирургического лечения больных лейоміомою матки, проведенного в акушерско-гинекологической клинике Центральной городской

клинической больницы № 6 г. Донецка за период с 2010 по 2013 годы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Всего за три года были прооперированы 714 больные с миомой матки, что в структуре хирургической деятельности гинекологического отделения составило 29,5%. Возраст больных колебался от 26 до 61 лет (средний возраст – 44,4±0,9). В репродуктивном возрасте находилось 319 женщин (44,7%), в перименопаузе – 364 (51,0%), в постменопаузе – 31 (4,3%). Показанием к оперативному лечению являлось наличие болевого синдрома в связи с дистрофическими изменениями в узлах в 118 случаях, геморрагического синдрома – в 156, быстрый рост опухоли – в 132, бесплодие – в 31 случае, сочетанные клинические проявления – в 277. Размеры матки с узлами соответствовали от 6 до 24 недель беременности (в среднем – 12,9±0,3).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Выбор метода оперативного лечения заболевания и хирургического доступа осуществлялся после всестороннего обследования совместно с пациенткой в процессе ее подробного консультирования. При этом учитывались возраст, репродуктивные планы, желание сохранения органа или не желание подвер-

гаться риску рецидива заболевания, размеры, вид и локализация узлов, наличие ожирения, диабета и другой экстрагенитальной патологии, наличие сопутствующей гинекологической патологии, в частности, патологии шейки матки, придатков матки и генитального пролапса.

Органосохраняющие методы хирургического лечения были использованы в 195 случаях. Трансцервикальным доступом было прооперировано 18 пациенток. Условием для использования гистерорезектоскопии было наличие одного подслизистого узла 1 или 2 типа, не превышающего в размерах 3-х см. У 16 пациенток операция была выполнена одноэтапно, в двух случаях удаление узлов было неполным, что потребовало повторного вмешательства.

Абдоминальным доступом было прооперировано 34 женщины. Данный метод был применен у 7 больных в связи с предполагаемым выраженным спаечным процессом в брюшной полости после многократных ранее произведенных лапаротомий, у 2 больных – в связи с наличием сопутствующей экстрагенитальной патологии, являющейся противопоказанием для использования лапароскопического доступа. Исходя из необходимости тщательного сопоставления раны на матке при ушивании ложа узла, у 25 женщин, имеющих репродуктивные планы, абдоминальный доступ был применен в связи с наличием интрамуральных или подслизистых узлов больших размеров.

Трансвагинальным доступом было прооперировано 47 пациенток. Данный метод был использован при наличии одного низко расположенного узла на задней стенке матки, доступ к которому был более удобен со стороны влагалища, чем при проведении лапароскопии. Техника операции заключалась в производстве задней кольпотомии, выведении узла в кольпотомную рану и его энуклеации с последующим ушиванием раны на матке. Размеры узлов варьировали от 6 до 11 см. и, как правило, требовали их предварительного кускования.

В 96 случаях консервативная миомэктомия была произведена с использованием лапароскопического доступа. Размеры узлов колебались от 3 до 9 см, количество – от 1 до 3. При проведении операции обязательно устанавливалось 3 инструментальных троакара. Биполярная коагуляция применялась при выделении узла из окружающих тканей только по поверхности узла. Удаление узлов из брюшной полости производилось с помощью электромеханического морцеллятора. Необходимо отметить, что в двух случаях в связи с трудностями выделения опухоли возникла необходимость в переходе на лапаротомию.

Во всех случаях проведения полостных консервативных миомэктомий, независимо от хирургического доступа, ушивание ложа узлов производилось путем наложения отдельных викриловых швов с количеством рядов в зависимости от глубины раны на матке.

Интраоперационных осложнений не было. Продолжительность операций колебалась от 40 до 180 минут, учтенная кровопотеря – от 100 до 650 мл. Необходимо отметить, что наименьшая продолжительность операций была отмечена при применении абдоминального доступа, а наименьшая кровопотеря – при применении влагалищного. Наибольшее время было затрачено при выполнении лапароскопических операций. По объему кровопотери лапароскопический и трансабдоминальный доступы существенно не различались.

Радикальные хирургические вмешательства были произведены у 519 больных. Абдоминальным доступом было прооперировано 106 женщин, из которых в 47 случаях были выполнены супрацервикальные и в 59 – тотальные гистерэктомии. Показанием к использованию лапаротомии были большие размеры опухоли при ограниченной ее подвижности и высоком расположении шейки, выраженное ожирение, спаечный процесс в брюшной полости. Средняя продолжительность операций составила $77,0 \pm 7,8$ минут, средняя учтенная кровопотеря – $280,6 \pm 29,6$ мл. Кровопотеря, превышающая 500 мл, имела место в 3 случаях производства тотальной гистерэктомии.

Влагалищная гистерэктомия была произведена на 137 пациенткам с размерами матки, соответствовавшими от 9 до 14 недель беременности. У большинства женщин данной группы имела место сопутствующая патология шейки матки. Критерием отбора больных для использования трансвагинального доступа служили следующие факторы: выраженное ожирение, наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии, являющейся прямым или относительным противопоказанием для соблюдения условий лапароскопии, опущение стенок влагалища, многократные хирургические вмешательства на органах брюшной полости в анамнезе. Условием для проведения операции было наличие подвижной матки. Влагалищная гистерэктомия во всех случаях производилась под перидуральной анестезией с применением стандартной методики «от параметриев». Извлечение матки из брюшной полости осуществлялось после уменьшения ее размеров путем бифуркации с последующими миомэктомиями либо интрамиотрального коринга. У 29 женщин симульганно были выполнены операции по коррекции нарушений поддержки передней или задней стенки влагалища и у 6 – стрессового недержания мочи. В 8 случаях были произведены цистовариоэктомии, в 7 – резекции одного или обоих яичников.

Лапароскопическая гистерэктомия была произведена у 119 пациенток с размерами матки, соответствовавшими 8-14 недель беременности. Критерием отбора больных для использования данного доступа служили наличие узкого влагалища, высокое расположение шейки матки при отсутствии подвижности матки, необходимость ревизии брюшной

полости, сопутствующая патология придатков. Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом. Использовалось 3 инструментальных порта и маточный манипулятор. Удаление препарата из брюшной полости осуществлялось через влагалище, в большинстве случаев после уменьшения матки в объеме. Ушивание культи влагалища производилось путем наложения отдельных интракорпоральных швов, захватывающих тазовую фасцию, крестцово-маточные и кардинальные связки.

У 31 женщины с размерами матки, соответствующими 12-15 недель беременности была выполнена лапароскопически ассистированная влагалищная гистерэктомия. Основным критерием отбора больных для производства данного хирургического вмешательства при условии наличия емкого влагалища являлось высокое расположение шейки матки, отсутствие подвижности матки и ее смещаемости книзу, относительно большие размеры опухоли. В ряде случаев решение о выполнении данной операции принималось интраоперационно в связи с трудностями в доступе к крестцово-маточным связкам и задней стенке влагалища при выполнении лапароскопической гистерэктомии. Во время лапароскопического этапа производилась мобилизация матки, пересекались сосуды. Вскрытие влагалища осуществлялось во время влагалищного этапа. Через влагалище после уменьшения в размере удалялась матка, производилось ушивание брюшной полости (с захватом тазовой фасции и по возможности культей связок) и раны влагалища.

Лапароскопические супрацервикальные гистерэктомии были произведены у 47 женщин с размерами матки, соответствовавшими 8-15 недель беременности. Критерием отбора пациенток для проведения данного вмешательства служили отсутствие патологии шейки матки, противопоказаний для проведения лапароскопии и соответствующие размеры опухоли. Операции производились по стандартной методике. Удаление препарата из брюшной полости осуществлялось с помощью электромеханического морциллятора. В обязательном порядке производилась перитонизация культи шейки матки с наложением интракорпоральных швов.

Результаты сравнительного анализа применения малоинвазивных доступов при проведении радикальных операций показали следующее.

Самая меньшая продолжительность операции была в группе больных с влагалищной гистерэктомией. Данное обстоятельство обусловлено, прежде всего, одноэтапностью операции и большими возможностями извлечения удаленного препарата из брюшной полости, по сравнению с лапароскопическими методами. Наибольшая продолжительность

операции отмечена в группе женщин, которым выполнялась лапароскопически ассистированная влагалищная гистерэктомия. Это связано с наибольшими средними размерами опухоли у больных данной группы, что и определяло выбор данного метода хирургического лечения. Кроме того, на данное обстоятельство влияет сама методика операции, состоящая из двух этапов.

Массивных кровотечений и переходов на лапаротомию не было отмечено ни в одном случае. Тем не менее, наименьшие кровопотери были отмечены при применении лапароскопических методов. Это обусловлено применением с целью гемостаза биполярной коагуляции, что позволяет проводить операцию практически в «сухом» операционном поле.

Послеоперационный период у большинства пациенток протекал гладко. Различные осложнения, связанные как непосредственно с операцией, так и с обострением хронической экстрагенитальной патологии были отмечены в 10 случаях использования абдоминального доступа и в 4 – при применении малоинвазивных технологий. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания больных, оперированных с использованием лапаротомии, составила $8,10 \pm 0,90$ дней, при применении вагинального доступа – $3,40 \pm 0,04$, лапароскопического – $3,50 \pm 0,03$.

ВЫВОДЫ

1. Адекватная клиническая оценка и индивидуальный подход к хирургическому лечению больных миомой матки позволяют в большинстве случаев применять малоинвазивные технологии, неоспоримыми достоинствами которых являются быстрая реабилитация и короткие сроки пребывания в стационаре, хороший косметический эффект, низкая частота послеоперационных осложнений и отсутствие осложнений позднего послеоперационного периода.

2. Отказ от необоснованного радикализма дает возможность сохранения у ряда больных менструальной и репродуктивной функции, что имеет, помимо медицинских, существенные моральные и социальные аспекты.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Савицкий Г. А. Миома матки – проблемы патогенеза и патогенетической терапии / Г. А. Савицкий, А. Г. Савицкий. – СПб.: «ЭЛБИ», 2000. – 236 с. : ил.

2. Тихомиров А. Л. Патогенетическое обоснование ранней диагностики, лечения и профилактики миомы матки : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.01 ; 14.00.15 / Тихомиров А. Л. ; Московский медицинский стоматологический институт. – М., 1999. – 44 с.