

ОПТИМИЗАЦИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ

С. Петров¹, кандидат медицинских наук,
И. Лунева³, кандидат медицинских наук,
А. Хардигов³, доктор медицинских наук,
А. Охотников², кандидат медицинский наук,
В. Щекин²,
А. Климкин¹,
Н. Трунова³

¹Медицинский центр «Авиценна», Курск

²Курская городская больница №6

³Курский государственный медицинский университет

E-mail: klimkinaalexandr@mail.ru

Ретроспективно изучены результаты лечения 127 женщин с разными видами патологии матки, которым произведена лапароскопическая классическая интрафасциальная надвлагалищная экстирпация (КИНЭ) матки по Semm, и 108 женщин с эндоскопической экстрафасциальной гистерэктомией. КИНЭ уменьшает травматизацию, минимизирует топографические изменения, нарушения кровотока и иннервации в малом тазу.

Ключевые слова: гинекология, лапароскопическая классическая интрафасциальная надвлагалищная экстирпация матки по Semm, уменьшение травматизации.

Выбор оптимального объема операции и хирургического доступа при доброкачественных заболеваниях эндометрия и миометрия в позднем репродуктивном возрасте – дискуссионный вопрос: с одной стороны, профилактика злокачественных трансформаций в цервикальном канале диктует выполнение гистерэктомии, с другой – выполнение органосохраняющих операций – важная тенденция современной оперативной гинекологии [1, 2].

Данный спор может решить предложенная в 1991 г. Земмом (Semm) классическая интрафасциальная надвлагалищная экстирпация матки (КИНЭ), при которой выполняется морцелляция цервикального канала с формированием «футляра» шейки матки [4] (рис. 1).

Появление же в последние годы надежного эндоскопического оборудования отечественного производства выводит процесс распространения операционной лапароскопии на качественно новый уровень.

К преимуществам данной операции относятся ограниченная мобилизация мочевого пузыря и отсутствие травматизации параметральных пространств, в том числе с использованием электрохирургических методов. Наложение петель Редера над крестцово-маточными связками и защищенность мочеточников парацервикальной фасцией снижают риск их повреждения (рис. 2).

Возможность удаления шейки матки субперитонеально исключает необходимость мобилизации дугласова пространства и разделения сращений с кишечником при их наличии. Данная операция минимизирует травматизацию и топогра-

фические изменения, снижает степень нарушения кровотока и иннервации в малом тазу [3, 4].

Для оперирующего гинеколога актуальны внедрение и совершенствование методик лапароскопической гистерэктомии [1].

Нашей целью было оптимизировать оперативное лечение пациенток с доброкачественными заболеваниями матки.

В гинекологическом отделении Курской городской клинической больницы №6 (клиническая база кафедры акушерства и гинекологии Курского государственного медицинского университета) за период с 2012 по 2015 г. оперативным путем пролечены 235 женщин.

Критериями включения в группу были: наличие миомы матки до 14 нед беременности; рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия (верифицированные по данным гистологического исследования при раздельном лечебно-диагностическом выскабливании полости матки и цервикального канала); симптомное течение аденомиоза, сочетающегося с миомой матки. Не включали в исследование пациенток с миомой матки больших разме-



Рис. 1. Морцелляция цервикального канала; морцеллятор выведен в дне матки



Рис. 2. Культия шейки матки; наложение петель Редера над крестцово-маточными связками

ров (>16 нед беременности), с шеечным расположением миоматозных узлов, спаечным процессом III–IV степени, цервикальной интраэпителиальной неоплазией шейки матки I–III степени.

Обследованные были разделены на 2 группы: в 1-ю (основную) вошли 127 женщин с разными видами патологии матки, которым выполнена лапароскопическая КИНЭ. Во 2-ю группу (сравнения) были включены 108 пациенток с аналогичными показаниями, которым произведена эндоскопическая экстрафасциальная гистерэктомия. Все пациентки прошли стандартное предоперационное обследование. Ведение послеоперационного периода соответствовало стандарту.

Достоверность различий полученных данных оценивали по критерию Стьюдента. Результаты исследования представлены в виде $M \pm m$ (M – средняя величина параметра, m – стандартная ошибка средней величины). Различия между группами считали достоверными при $p < 0,05$.

Средний возраст женщин – $48,3 \pm 2,9$ года в 1-й группе и $50,2 \pm 3,5$ года – во 2-й. На момент операции большинство пациенток обеих групп (155 – 65,9%) находились в менопаузальном возрасте. В 1-й группе 74,0% пациенток имели сопутствующую соматическую патологию в виде артериальной гипертензии – АГ (48,0%), варикозной болезни (17,3%), анемии (33,1%), сахарного диабета – СД (3,1%), избыточной массы тела (46,5%). Во 2-й группе сопутствующая патология выявлена у 62,9% женщин: АГ была у 54,6%, варикозная болезнь – у 19,4%, анемия разной степени – у 37,0%, СД – у 4,6%, избыточная масса тела – у 56,5%. Из репродуктивного анамнеза: 56 (23,8%) женщин не беременели и не рожали. Некоторые пациентки ранее получали гормональную терапию по поводу гиперпластических процессов эндометрия с временным эффектом (рецидив гиперплазии через 8 мес – 1 год). Ведущими жалобами при поступлении были тяжесть внизу живота, частое мочеиспускание, диспареуния, нарушение менструального цикла по типу метроррагии. По характеру жалоб группы не различались.

Показаниями к экстирпации матки у пациенток 1-й группы являлись: миома матки до 14 нед (у 69,3%), сочетание миомы с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия или аденомиозом (у 12,6%), аденомиоз (у 9,4%). У 14,2% пациенток наблюдалось опущение матки и стенок влагалища I степени. Средняя продолжительность операции в этой группе составила $52,4 \pm 8,2$ мин. Отмечено существенное увеличение длительности операции у 4,7% пациенток (более чем на 15–20 мин) при размерах матки >12 нед вследствие увеличения времени морцелляции удаленной матки. Во 2-й группе средняя продолжительность операции была выше – $73,1 \pm 7,3$ мин ($p < 0,05$). Кровопотеря у пациенток, которым выполнена КИНЭ, составила $75,6 \pm 28,2$ мл, в контрольной группе – $183,8 \pm 39,5$ мл ($p < 0,05$). Послеоперационных осложнений воспалительного характера, обусловленных техническими особенностями операции, тромботическими заболеваниями, не было ни в одном случае в обеих группах. Продолжительность пребывания в стационаре после операции составила $5,9 \pm 0,6$ дня у пациенток после КИНЭ и $8,3 \pm 1,7$ дня – при выполнении лапароскопической экстрафасциальной экстирпации матки, средняя длительность нетрудоспособности после КИНЭ – $21,3 \pm 3,9$ дня у работающих пациенток (70,1%). В контрольной группе, в которой работающих женщин было 59,2%, средняя длительность нетрудоспособности была существенно выше – $33,5 \pm 5,8$ дня ($p < 0,05$).

После операции КИНЭ нами обнаружен факт «подтягивания» культи шейки матки при наличии опущения матки и стенок влагалища I степени, чего не наблюдалось при стандартном варианте операции.

Через 6 мес после операции все пациентки, которым была произведена КИНЭ, отметили улучшение качества жизни: отсутствие тазового болевого синдрома, дизурических расстройств. У пациенток после лапароскопической экстрафасциальной гистерэктомии в 31,5% случаев сохранялись умеренно выраженные тазовые боли. У всех женщин после КИНЭ, живших половой жизнью, не было жалоб на диспареунию или другие нарушения сексуальной функции, а 22,9% отметили нормализацию половой функции после операции. В контрольной группе нормализацию сексуальной функции отметили только 22,2% женщин, а 47,8% считали, что операция повлияла отрицательно.

В литературе не высказывается однозначного взгляда на размеры миомы матки, являющиеся показанием к хирургическому лечению. Наш опыт свидетельствует о нецелесообразности применения данной методики при размерах миомы >14 нед, а также при наличии спаечного процесса III–IV степени из-за значительного увеличения длительности операции и повышенного риска травматизации органов брюшной полости.

Результаты исследования показывают, что КИНЭ обеспечивает лечебный эффект при незначительной дислокации половых органов, сокращает длительность пребывания пациенток в условиях стационара, улучшает качество жизни после операции. Кроме того, учитывая меньшие травматизацию тканей, кровопотерю и длительность операции, можно считать, что КИНЭ снижает риск развития венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде, что делает оптимальной данную методику у пациенток с анемией, повышенным риском венозных тромботических осложнений, а также у сексуально активных женщин.

Литература

1. Савельева Г.М. Лапароскопия в гинекологии / М.: ГЭОТАР-Медицина, 2000; 325 с.
2. Хирш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. Оперативная гинекология. Атлас. Под ред. В.И. Кулакова, И.В. Федорова / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; 122–47.
3. Koninckx P. Laparoscopic hysterectomy with the uterine rotator // J. Gynaecol. Endosc. – 1995; 4: 4.
4. Semm K. Operationslehre für endoskopische Abdominal Chirurgie-Operative Pelviscopie / Schattauer Verlag Stuttgart, New York, 1984; Translation English Year book medical Publishers Inc. Chicago, London, 1987.

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT FOR BENIGN UTERINE DISEASES

S. Petrov¹, Candidate of Medical Sciences; **I. Luneva**², Candidate of Medical Sciences; **A. Khardikov**³, MD; **A. Okhotnikov**², Candidate of Medical Sciences; **V. Shchekin**²; **A. Klimkin**¹; **N. Trunova**³

¹Avicenna Medical Center, Kursk

²Kursk City Hospital Six

³Kursk State Medical University

The results of treatment were retrospectively studied in 127 women with different types of uterine diseases who had undergone laparoscopic classical intrafascial supravaginal uterine extirpation (CISE) after Semm and in 108 women who had endoscopic extrafascial hysterectomy.

CISE reduces trauma and minimizes topographic changes and blood flow and innervation disturbances in the small pelvis.

Key words: gynecology; laparoscopic classical intrafascial supravaginal uterine extirpation after Semm; reduction of trauma.