

УДК 618.14-006.36-089.87

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

Зязева И.П., Ощепкова С.Ю.

ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет имени ак. Е.А. Вагнера (614990, Пермский край, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26), e-mail: ir.z99@mail.ru

Миома матки – доброкачественная опухоль, формирующаяся в миометрии, и представляющая собой одну из наиболее распространенных гинекологических патологий. Данное заболевание обуславливает нарушение репродуктивной функции женщины, а также повышает риск осложнений во время беременности и родах. Например, миома матки может привести к выкидышу, раннему излитию околоплодных вод, патологии расположения и прикрепления плаценты, неправильному предлежанию и положению плода, а также плацентарной недостаточности. У таких пациенток повышен риск хирургического вмешательства в связи с нарушением питания узлов миомы. В родах при этом могут быть аномалии сократительной деятельности матки, гипотонических и атонических кровотечений.

На сегодняшний день не существует единого мнения по выбору метода оперативного вмешательства при миоме, именно поэтому эта тема не потеряла свою актуальность. В представленной статье изучены современные методы хирургического лечения миомы матки, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки, показания и противопоказания. Целью данного исследования был анализ зарубежной и отечественной литературы, отображающей взгляды современных ученых и практикующих врачей о проблеме миомы матки и ее хирургического лечения.

Ключевые слова: миома матки, репродуктивная функция, гестация, миомэктомия, хирургия

FEATURES OF TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS IN MODERN SURGERY

Zyazewa I.P., Oschepkova S.U.

Perm State University named after E.A.Wagner, (614990, 26 Petropavlovskaya st., Perm, Perm krai, Russian Federation) e-mail: ir.z99@mail.ru

Uterine fibroids are benign tumors that form in the myometrium, and represent one of the most common gynecological pathologies. This disease causes a violation of a woman's reproductive function, and also increases the risk of complications during pregnancy and childbirth. For example, uterine fibroids can lead to miscarriage, early discharge of amniotic fluid, pathology of placenta placement and attachment, incorrect presentation and position of the fetus, as well as placental insufficiency. In such patients, the risk of surgical intervention is increased due to a violation of the nutrition of fibroid nodes. In childbirth, there may be abnormalities of contractile activity of the uterus, hypotonic and atonic bleeding. To date, there is no consensus on the choice of the method of surgical intervention for fibroids, which is why this topic has not lost its relevance. The present article examines modern methods of surgical treatment of uterine fibroids, each of which has its advantages and disadvantages, indications and contraindications. The purpose of this study was to analyze foreign and domestic literature reflecting the views of modern scientists and practitioners about the problem of uterine fibroids and its surgical treatment.

Keywords: uterine fibroids, reproductive function, gestation, myomectomy, surgery

Миома матки представляет собой доброкачественную опухоль, развивающуюся в миометрии. На сегодняшний день, это распространенная гинекологическая патология, обуславливающая нарушение репродуктивной способности женщины. Данное заболевание все чаще встречается у молодых пациенток и сочетается с бесплодием. Осложнения во время беременности и в родах у женщин с опухолью матки возникают в 70-80% случаев. Именно поэтому актуальным является вопрос лечения миомы матки с сохранением репродуктивной функции у женщин, планирующих беременность и роды.

Цель: анализ зарубежной и отечественной литературы, отображающей взгляды современных ученых и врачей о проблеме хирургического лечения миомы матки.

Задачи

1. Литературный обзор отечественных и зарубежных источников, затрагивающих актуальную проблему миомы матки;
2. Проанализировать информацию о современных методиках хирургического лечения миомы матки;
3. Обобщить полученные результаты и сформулировать выводы.

Материалы исследования

В данной работе представлены результаты обзора отечественной и зарубежной литературы по теме хирургического лечения миомы матки.

Результаты

Первые шаги к хирургическому лечению миомы матки начались еще в XIX веке. Дебют миомэктомии при чревосечении произошел в 1840 г. Amusat. Через 4 года W. L. Atlee удалил миому матки через влагалищный доступ. Однако свое основное развитие миомэктомия получила на стыке XIX — XX вв. Технику операции по поводу миомы матки довели до совершенства Н. А. Kelly, С. Р. Noble, Т. S. Cullen, W. J. Mayo, I. С. Rubin, V. Bonney. С тех пор лапаротомная миомэктомия стала общепринятым безопасным хирургическим лечением вышеуказанной патологии. К. Земм был первым, кто выполнил миомэктомию лапароскопическим доступом в 1979 году. После чего техника операции, а также ее техническое оснащение стремительно менялось. На сегодняшний день при необходимости оперативного вмешательства при данной патологии в приоритете будет органосохраняющая операция.

Показаниями к хирургическому лечению миомы матки являются гиперменорея, приводящая к возникновению анемии, хроническая тазовая боль, влияющая на качество жизни женщины, нарушение работы соседних органов, размер опухоли более 12 нед беременности, интенсивный рост опухоли, рост ее в постменопаузе, подслизистая локализация, межсвязочная и низкая локализация, а также бесплодие. К относительным противопоказаниям

относят острый некроз узла с последующим септическим состоянием и «миомную болезнь». Согласно другим источникам, вышеперечисленные критерии не являются противопоказаниями к выполнению миомэктомии.

Преимуществами лапаротомной миомэктомии считается возможность полного удаления визуализируемых и/или пальпируемых узлов при сохранении матки, а также отсутствие коагуляционного некроза тканей в результате тщательного послойного сопоставления раны при чревосечении и ушивании основания узла. К сожалению, здесь есть и серьезные недостатки, негативно сказывающиеся на репродуктивной функции женщины: высокий риск спайкообразования, спайки при этом более плотные, возможность разрыва матки по рубцу при последующей беременности. Позиция большинства хирургов заключается в том, что направление разреза на матке зависит от числа миоматозных узлов, их расположения и размеров. В случае их локализации в верхней части тела матки оптимальными принято считать косые разрезы, направление которых соответствует надсосудистому слою миометрия. Независимо от локализации узлов рекомендуется выполнять разрез по верхнему полюсу миоматозного для профилактики травмы коллатералей сосудистых пучков. Ложе узла ушивается отдельными синтетическими швами, важно при этом четко видеть дно операционной раны и сопоставляемые боковые поверхности. При восстановлении целостности стенки матки, опираясь на знания о ее строении, рекомендуется использовать трехэтажные швы. Края раны слизистой оболочки сопоставляются непрерывным или отдельными слизисто-мышечными швами. В качестве профилактики формирования гематом и для получения полноценного рубца важно прокалывать всю толщу миометрия, глубоко захватывая ткани. Оптимальным промежутком между швами считается расстояние от 1,0 до 1,5 см. Второй ряд швов располагается между узлами первого шовного ряда.

Минилапаротомия - модификация лапаротомии, основное отличие которой заключается в размере разреза кожи, который составляет 5 – 6 см. Эстетичный вид шва после операции, более благоприятное заживление и образования полноценного рубца, отсутствие потребности в эндоскопической аппаратуре и особых навыках – все это говорит положительно за данный метод. Но при минилапаротомии нет полного обзора брюшной полости, могут возникнуть технические проблемы при выраженном спаечном процессе в малом тазу. Также из-за минидоступа при удалении крупного узла необходима его фрагментация.

Миниинвазивность лапароскопической миомэктомии обеспечивает минимальную вероятность возникновения послеоперационных септических осложнений и спайкообразования. Данный метод обеспечивает быструю послеоперационную реабилитацию (2-3 дня), а также сокращение койко-дней и времени нетрудоспособности, уменьшение материальных затрат. При лапароскопической миомэктомии отмечается высокий риск

рецидивов, так как пальпация матки невозможна и не всегда получается удалить все миоматозные узлы. Также есть некая сложность ушивания ложа миоматозного рубца, что нередко обуславливает образование неполноценного рубца. На сегодняшний день отсутствуют общепринятые показания для проведения лапароскопической миомэктомии. Важно понимать, что для использования данного метода ограничениями выступают и количество миоматозных узлов, их локализация, сопутствующие заболевания пациентки, оснащенность операционной и хирургических возможностей оператора. Лапароскопическая миомэктомия производится в выраженной позиции Трендленбурга под эндотрахеальной общей анестезией со стандартным расположением троакарров. Перед выполнением миомэктомии необходимо тщательно обследовать органы малого таза и брюшной полости. А для формирования полноценного рубца выполнять разрезы на матке необходимо дугообразной формы с выпуклостью, обращенной к дну матки. По мере приближения к ребрам матки направление разрезов должно идти в косой ориентированности, переходя в продольное. Биполярная коагуляция производится аккуратно и строго на кровоточащих сосудах. Наиболее благоприятным воздействием на ткани обладает УЗ-скальпель. Удаление миомы выполняется при помощи тракции с использованием штопора, вставленного в надлобковый троакар, и контртракцией, а также тупой диссекцией биполярным зажимом и ирригационной системой. Возможно использование непрерывного и отдельного швов с узлами, завязанных интра- или экстракорпорально. Швы обычно накладываются в один или несколько слоев, что зависит от размера и локализации миомы матки. Проблемы состоятельности рубца, а также возможность разрыва матки перед родами после операции обуславливают необходимость бережного и тщательного ушивания маточного дефекта. Затем удаляется троакар и вводится морцеллятор. Лаваж брюшной полости и малого таза важно выполнять для контроля над гемостазом и качества удаления всех частиц миомы. Надлобковый дефект фасции ушивается наложением рассасывающихся швов под контролем лапароскопа, который удаляется после того, как хирург убедится в отсутствии кровотечения из передней брюшной стенки. Раны на передней брюшной стенке ушиваются отдельными рассасывающимися швами.

Гистероскопическая миомэктомия - «золотой стандарт» лечения субмукозных миом. Миниинвазивность метода обеспечивает минимальную вероятность возникновения послеоперационных септических осложнений, а также сокращение койко-дней и времени нетрудоспособности. Но из-за особенностей доступа при формировании крупных узлов, трудно добиться полного их удаления, а также есть риск перфорации матки. Для того, чтобы выполнить электрохирургическую резекцию субмукозного узла требуется: гистерорезектоскоп с режущими петлями диаметром 6-9 мм и шаровой/ цилиндрический электрод для коагуляции кровоточащих сосудов. После расширения цервикального канала

расширителями Гегара до № 9–10,5 резектоскоп вводят в полость матки, определяют узел, ткань которого постепенно срезают в виде стружки, петлю при этом необходимо постоянно двигать по направлению к себе. Обычно интерстициальная часть узла сама выдавливается в полость матки в процессе резекции узла, но если этот процесс не происходит, то можно его простимулировать путем внутривенного введения раствора окситоцина. В случае неудачи рекомендована повторная резекция оставшейся части узла через 2–3 месяца.

Заключение

В настоящее время при проведении хирургического лечения миомы матки предпочтение отдается органосохраняющим операциям. Коротко характеризуя хирургические методики по отдельности, у каждого можно выделить свои преимущества и недостатки. Вероятно, неудачи их применения связаны не столько с низкой эффективностью, сколько с неоправданным применением в каждом конкретном случае.

Список литературы

- 1) Адамян Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных / Л. В. Адамян. – М.: – 2014 – 101 с.
- 2) Киселев В.И. Гиперпластические процессы органов женской репродуктивной системы: теория и практика / В.И. Киселев, И.С. Сидорова, А.Л.Унанян. – М.: Медпрактика, 2011 – 468 с.
- 3) Линде В.А. Миома матки и миомэктомия / В.А. Линде, Н.Н. Добровольский, Н.Н. Волков. – М.: Юрайт, 2010 – 94 с.
- 4) Политова, А.К. Оптимизация методики лапароскопической миомэктомии /А.К. Политова, И.П. Зарубенко, Е.Ф. Кира, И.В. Демкина, Р.А. Гайтукиева, К.Ю.Вязьмина, М.Н. Попова // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2011 – Т.6. №2. – С. 77 – 80
- 5) Desai P. Fibroids, infertility and laparoscopic myomectomy / P. Desai, P. Patel // J. Gynec. Endosc. Surg. – 2011 – №2. – P. 36 – 42
- 6) Saccardi, A Limits and complications of laparoscopic myomectomy: which are the best predictors? A large cohort single-center experience / С. Saccardi [etal.] // Arch Gynecol Obstet. – 2014 – Vol. 290 – N.5. – P. 951-956.

