

II. По стадиям течения:
 - первично-травматических нарушений (первые 3 суток);
 - травматического миокардита (до 25 суток);
 - восстановления нарушенных функций (4–5 мес);
 - исхода.

III. По характеру морфологических нарушений:
 1 период - острый (2–3 суток);
 2 период - репаративной регенерации (12–14 суток);
 3 период - посттравматического кардиосклероза (более 14 суток).

Marchuk V.G., Csepel A.I., Kuzmin A.Y., Csidi V.V. **Adapt the classification injuries heart for closed chest trauma in a polytrauma.** Military Medical Academy. S.M. Kirov in St. Petersburg.

Keywords: cardiac injuries, polytrauma, closed chest trauma.

Сведения об авторах:

Марчук Виктор Григорьевич, кафедра военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева 6; тел (раб). 8 (812) 292-33-54; e-mail: zhabin.anatolij@yandex.ru

Чепель Александр Иванович, кафедра военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева 6; тел (раб). 8 (812) 292-33-54; e-mail: zhabin.anatolij@yandex.ru

Кузьмин Алексей Ярославович, кафедра военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева 6; тел (раб). 8 (812) 292-33-54; e-mail: zhabin.anatolij@yandex.ru

Чиж Владимир Владимирович, кафедра военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева 6; тел (раб). 8 (812) 292-33-54; e-mail: zhabin.anatolij@yandex.ru

© Коллектив авторов, 2012
 УДК 618.1-036.11-083.98.

Нагорный Э.Ю., Куликова Е.Н., Шелест Л.Л.

МЕТОДИКА ВРЕМЕННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

ФГУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток

С целью уменьшения интраоперационной кровопотери при выполнении консервативной миомэктомии у пациенток с миомой матки, авторы разработали методику временного гемостаза, которая, учитывая распространенность данной патологии среди женщин, является актуальной и может быть рекомендована для широкого применения в гинекологической практике. Учитывая высокий практический интерес к органосохраняющим операциям, все оперированные пациентки находятся под динамическим наблюдением для отслеживания отдаленных результатов примененной нами методики.

Ключевые слова: миомэктомия консервативная, временный гемостаз.

Миома матки (ММ) – одна из самых распространенных доброкачественных опухолей матки, встречающихся у женщин репродуктивного возраста, и занимает ведущее место среди гинекологических заболеваний. Распространенность миомы матки колеблется в широких пределах, и по данным отечественной литературы составляет 20–40% гинекологической патологии у женщин репродуктивного возраста. При обследовании женщин в возрасте старше 30 лет миома матки выявляется у 25–35% обследуемых, после 45 лет частота встречаемости миомы матки достигает 60–70% [2, 13, 18, 28, 33]. Среди жительниц городов частота выявления данного заболевания в среднем на 25 % больше, чем у женщин в сельской местности [1, 2, 12, 15, 19]. По данным зарубежных авторов средняя распространенность миомы матки составляет около 30% [23, 29, 30, 31, 35]. ММ обладает выраженным отрицательным влиянием на женскую репродуктивную систему, что заключается в проблеме невынашивания беременности, причине бесплодия, а клиниче-

ская симптоматика ММ проявляющаяся нарушением менструальной функции, значительно ухудшает качество жизни женщины. За последние 10–15 лет отмечено значительное «омоложение» опухоли, так в возрасте 20–25 лет ММ встречается примерно в 13–18% всех случаев патологии гениталий [3, 13, 34, 35].

ММ исходит из гладкомышечной ткани, и в основном поражает тело матки (95% случаев). В большинстве случаев она состоит из элементов мышечной ткани (80%), незначительную часть ее составляет соединительная ткань (15–20%). Ядро опухоли образуется из гладкомышечных элементов, при дальнейшем развитии приобретает смешанный характер роста, образуя миому [14, 16, 20, 32]. ММ характеризуется экспансивным (раздвигающим ткани) ростом, из-за чего более крупные узлы окружены как бы капсулой из концентрически расположенных волокон соединительной ткани, содержащей питающие опухоль сосуды. Опухоли их соединительнотканых элементов богаты сосудистой сетью, сосуды

миомы тонкостенные, и легкоранимы.

В зависимости от локализации миоматозного узла различают следующие виды миомы: субсерозные (подбрюшинные) узлы, т.е. разрастание новообразования в направлении серозного слоя матки; субмукозные (подслизистые) узлы, т.е. рост узла в полость матки; интерстициальные (интрамуральные, внутривстеночные) узлы, т.е. рост миоматозного узла в толще маточной стенки; атипичные формы узлов (позадешеечная, забрюшинная, предшеечная, подбрюшинная, парацервикальная, межсвязочная миома).

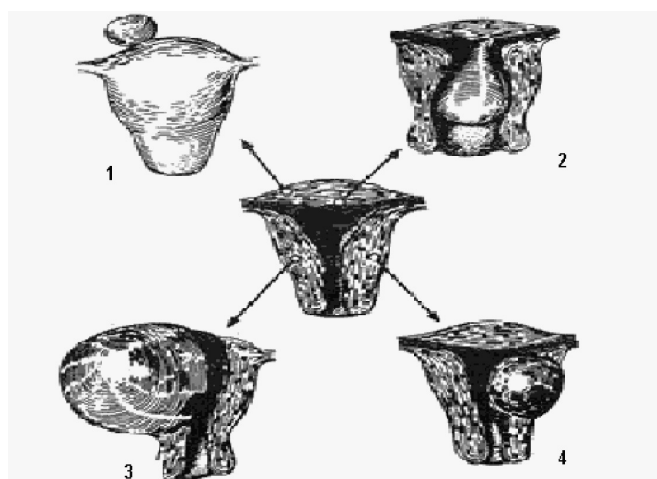


Рис. 1 Развитие и локализация миомы матки (схема):
1 - подбрюшинная, 2 - подслизистая, 3,4 - межмышечная

По современным представлениям, ММ является дисгормональной опухолью с нарушениями в системе гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников – яичники. Гипоталамо – гипофизарные расстройства могут предшествовать возникновению новообразования или развиваться вторично в связи с патологической афферентацией из миоматозной матки. Морфологические и патогенетические особенности данной патологии, ведущее место среди которых занимает гормонозависимость и воздействие факторов роста, влекут за собой неуклонное прогрессирование миомы матки [1, 3, 7, 11, 25].

Клиническое течение ММ зависит от ее анатомического строения и локализации. Так субсерозные ММ, небольших размеров, протекают, как правило, бессимптомно. У большого числа пациентов даже при значительной величине опухоли, никаких симптомов заболевания не наблюдается. Однако в ряде случаев симптоматика заболевания возникает довольно рано, и проявляется: болевыми ощущениями в нижнем этаже брюшной полости и поясничной области различной интенсивности, нарушением менструального цикла, как правило проявляющимся в виде гиперполименореи, что приводит к быстрой анемизации организма, сдавлением соседних органов увеличенной маткой.

Несмотря на широкие возможности современной лекарственной терапии и хирургической практики, проблема выбора эффективного алгоритма лечения миомы матки остается актуальной. Можно задать

вполне логичный вопрос – можно ли вообще вылечить миому матки?

Очевидно, что однозначного ответа на этот вопрос нет. Можно излечить организм женщины от миомы матки – удалив матку, то есть решить вопрос радикально – нет органа – нет проблемы. Собственно говоря, практически вся история этого вопроса состоит из разработки различных методов такого решения проблемы. Парадоксально то, что история радикализма в лечении миомы матки до сих пор не окончена. Приверженцев удаления матки по поводу и без повода еще достаточно, и что самое страшное, это направление продолжает взращивать своих учеников, передавая им свои заблуждения, все сливки своего невежества и косности мировоззрения. Основная причина столь длительного господства лечебного радикализма в лечении миомы матки заключается в том, что уж слишком долго миома матки представлялась хоть и доброкачественным, но опухолевым процессом в гениталиях, а опухоль, как гласят каноны хирургии, должна быть удалена. Все-таки в сознании большинства практикующих врачей, со временем растерявших нюансы фундаментальных наук, доброкачественная характеристика образования воспринимается лишь как временное явление, как вовремя застигнутый этап, как удачный уход от злокачественного процесса наконец. Эйфория от удачного своевременного диагностирования доброкачественной опухоли вызывает стремление "закрепить" достигнутый результат, который выливается в "агрессивный" по отношению к опухоли и нерациональный, по сути, подход – удаление органа в котором эта опухоль выросла [21], что окончательно и радикально лишает женщину ее основного биологического предназначения – продолжения рода человеческого.

Одной из методик хирургического лечения ММ является консервативная миомэктомия (КМЭ). Слово "консервативная" происходит от латинского глагола *conservo*, означающего "сохранять", собственно в этом слове и заключен весь смысл методики. КМЭ – органосохраняющая операция, проводимая женщинам детородного возраста. Цель операции – удаление миоматозных узлов с сохранением детородной и менструальной функций. Согласно высказыванию С.Н. Голубчина: "Сохранить орган, или часть его – благородная задача хирурга. Полное удаление органов, имеющих функциональное значение и играющих определенную роль в балансе организма, – калечащая, уродующая операция". В последние годы, в хирургической практике наметилась тенденция к увеличению доли органосохраняющих операций, что кардинально определяет качество жизни пациента, не являются исключением и оперативные вмешательства в гинекологии, в частности при ММ [5, 6, 9, 22, 24, 28].

Важным вопросом при выполнении КМЭ, является профилактика интраоперационной кровопотери. Хорошие результаты консервативной миомэктомии безусловно, и в наибольшей степени, зависят от квали-

фикации хирурга, однако не меньшее значение имеет и правильное ведение больных в послеоперационном периоде. Раньше частота осложнений после консервативной миомэктомии была достаточно высокой. Чаще всего развивались гнойно-септические состояния и последствия большой интраоперационной кровопотери или кровотечения в раннем послеоперационном периоде. Большой объем кровопотери во время проведения консервативной миомэктомии, как правило, встречается и в настоящее время. Это осложнение очень трудно преодолеть в особенности, если в матке находится множество узлов, большинство из которых имеет хорошее кровоснабжение. Несмотря на то, что существуют давно известные рекомендации, касающиеся нюансов проведения разрезов для вылушивания узлов, не во всех случаях удастся предотвратить большую кровопотерю. Вследствие достаточно хорошего кровоснабжения миоматозных узлов, и как описано выше о легкоранимости кровеносных сосудов снабжающих ММ, а также травматичности зоны операции, интраоперационная кровопотеря порой достигает до 1500 мл и даже более. Объективно говоря, кровопотеря, в том случае если ее объем оценен достаточно точно, не представляет существенной угрозы для жизни пациентки. Принимая во внимание, как должное высокую кровопотерю при выполнении КМЭ, большинство авторов особое внимание уделяют гемотрансфузии. Своевременно проведенная гемотрансфузия обычно нивелирует это осложнение [4, 8, 12, 17, 25, 27].

Учитывая актуальность проблемы, с целью снижения уровня интраоперационной кровопотери, технического облегчения и укорочения времени самой

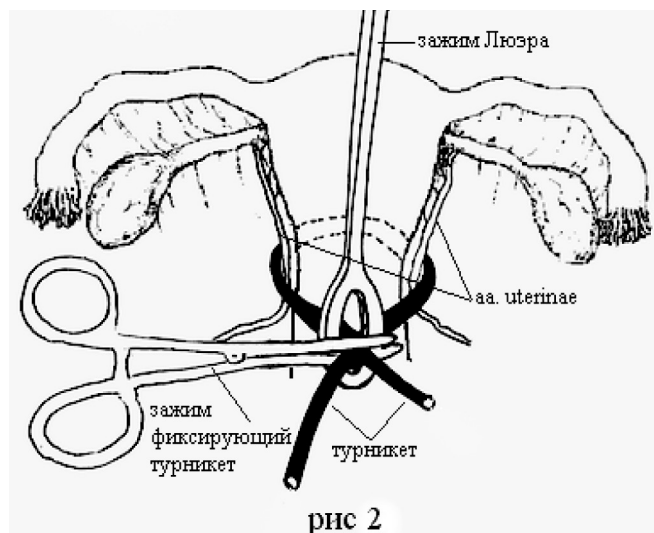
турникета выводятся через рабочие поверхности окончательного зажима Люэра, затем турникет натягивается и фиксируется сосудистым зажимом (рис. 2). Полного обескровливания матки не наступает, т.к. временно лигируются только основные сосуды – маточные артерии и сосуды, проходящие в крестцово-маточных связках и шейке матки. Одновременно, зажим Люэра находящийся в фиксированном положении, позволяет его использовать как манипулятор для тракции тела матки, и избегать травматичной фиксации матки щипцами Мюзо, маточным штопором и т.п. КМЭ выполняется по общепринятой методике. Нами, с применением МВГ, оперировано 7 пациенток. Время основного этапа – энуклеация и ушивание ложа миоматозного узла, после выполнения временного гемостаза составило от 4 до 10 минут. Интраоперационная кровопотеря у наших пациентов не превышала 100–150 мл. Каких-либо интраоперационных осложнений, связанных с применением данной методики мы не наблюдали. Послеоперационный период протекал гладко. Выписка из стационара в среднем проводилась на 8-е сутки.

Выводы. Беря во внимание стремление к уменьшению интраоперационной кровопотери при выполнении КМЭ у пациенток с ММ, считаем, что данная методика является актуальной и может быть рекомендована для широкого применения в гинекологической практике.

Учитывая высокий практический интерес к органосохраняющим операциям, все оперированные нами пациентки взяты под динамическое наблюдение для отслеживания отделенных результатов примененной нами методики.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вихляева Е.М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1997. №3. С.21-23.
2. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. 400 с.
3. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М., 2000, С. 424-487.
4. Вихляева Е.М., Василевская Л.И. Миома матки. – М.: Медицина, 1981. 160 с.
5. Гайдарова А.Х., Адамян Л.В., Стрекаловский В.П. и др. Симультантные операции в оперативной гинекологии // Материалы IV российского форума "Мать и дитя". – М., 2002. С. 90-93.
6. Донне Д. Миома матки: тактика и лечение – состояние мастерства // Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки: Мат. междунар. Конгресса. – М., 1997. С. 106.
7. Кондриков Н.И. Структурно-функциональные изменения эндометрия под воздействием стероидных гормонов. // Практ. гинек. 1999. № 1(1). С. 20-25.
8. Кох Н.К. Миомэктомия лапароскопическим способом при глубоком интрамуральном и подслизи-



операции, уменьшения осложнений, нами предложена методика временного гемостаза (МВГ) при КМЭ. Операционный доступ типичен для гинекологических операций. После выполнения лапаротомии и выведения тела матки в операционную рану, на матку в проекции внутреннего зева, через «окна» выполненные в безсосудистой зоне широких связок матки, проводится эластичная, диаметром 5–7 мм, ПХВ трубка – турникет, который циркулярно охватывает шейку матки, концы

стом расположении узлов // Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки: Мат. междунар. конгресса. – М., 1997. С. 94.

9. Кулаков В.И. Новые технологии и научные приоритеты в акушерстве и гинекологии // Акуш. и гинекол. 2002 - № 5. С. 3-6.

10. Кулаков В.И. Оперативная гинекология. – М., 2001. С.167-198.

11. Кулаков В.И., Шилова М.Н. Применение агонистов гондотропин-рилизинг-гормона для лечения миомы матки // Акуш. и гинекол. 1998. № 6. С. 29–31.

12. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 344 с.

13. Кустаров В.Н., Линде В.А., Аганезова Н.В. Миома матки. – С-Петербург, СПб МАПО, 2001. – 32 с.

14. Персианинов Л.С. Оперативная гинекология. – М.: Медицина, 1976. 576 с.

15. Савицкий Г.А. Миома матки. – СПб.:Путь, 2000. 214 с.

16. Серов С.Ф., Скалли Р.Е. Гистологическая классификация опухолей. – Женева: ВОЗ, 1977. 54 с.

17. Сидорова И.С. Миома матки и беременность. – М.: Медицина, 1985. 192 с.

18. Сидорова И.С. Миома матки. – М.: МИА, 2003. 256 с.

19. Слепцова Н.И. Влияние объема оперативного вмешательства при миоме матки на гемодинамические показатели внутренних гениталий и качество жизни женщины: Автореф. дисс. ...канд. Мед. Наук. – М., 1999. 23 с.,

20. Тимошенко Л.В., Квашенко Б.К. Фибромиома матки и беременность. – Кишинев: Картя молдовеняскэ, 1972. 122 с.

21. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Новый взгляд на лечение миомы матки // Вестник Российской ассоциации акуш.-гин. 2005. № 2. С. 25-31.

22. Яроцкая Е.Л., Адамян Л.В. Тазовые боли у гинекологических больных // Материалы IV российского форума "Мать и дитя". – М., 2002. С. 474-478.

23. al-Taher H, Farquharson RG. Management of

uterine fibroids. // Br J Hosp Med. 1993 Jul 14-Aug 17;50(2-3):133-6.

24. Appell RA. Surgery for the treatment of overactive bladder. // Urology. 1998 Feb;51(2A Suppl):27-9.

25. Beyth Y, Jaffe R, Goldberger S. Uterine remodelling following conservative myomectomy. Ultrasonographic evaluation. // Acta Obstet Gynecol Scand. 1992 Dec;71(8):632-5.

26. Beyth Y. Gonadotropin-releasing hormone analog treatment should not precede conservative myomectomy. // Fertil Steril. 1990 Jan;53(1):187-8.

27. Botvin MA, Sidorova IS, Guriev TD. Surgical treatment of uterine myoma (conservative myomectomy). // Sov Med. 1991;(10):12-5.

28. Fedele L, Bianchi S, Zanonato G et al. Conservative treatment of diffuse uterine leiomyomatosis. // Fertil Steril. 2004 Aug;82(2):450-3.

29. Gaetje R, Scharl A, Kaufmann M et al. Management of abnormal uterine bleeding. // Zentralbl Gynakol. 2006 Aug;128(4):196-201.

30. Lefebvre G, Vilos G, Allaire C et al. The management of uterine leiomyomas. // J Obstet Gynaecol Can. 2003 May;25(5):396-418.

31. Nair S. Contemporary management of fibroids. // Ann Acad Med Singapore. 2003 Sep;32(5):615-23.

32. Pailodze MV, Sanikidze TV. Oxidative metabolism of uterine smooth muscular tissue in norm and neoplastic growth (clinical and experimental studies). // Morfologija. 2005;127(3):55-8.

33. Vercellini P, Maddalena S, De Giorgi O et al. Determinants of reproductive outcome after abdominal myomectomy for infertility. // Fertil Steril. 1999 Jul;72(1):109-14.

34. Wise LA, Palmer JR, Harlow BL et al. Preoperative treatment of uterine leiomyomas: clinical findings and expression of transforming growth factor-beta3 and connective tissue growth factor. // J Soc Gynecol Invest. 2006 May;13(4):297-303.

35. Zhou SK, Li SB, Zhang HW. Interventional therapy in the treatment of hystero-myoma. // Hunan Yi Ke Da Xue Xue Bao. 2003 Feb 28;28(1):79-82.

Nagornyj E.J., Kulikova E.N., Shelest L.L. **Technique of a time hemostasis at a conservative myomectomy.** *FGU «1477 Naval clinical hospital of fleet», Vladivostok.*

For the purpose of reduction hemorrhages at performance of a conservative myomectomy at patients with a hystero-myoma, authors have developed a technique of a time hemostasis which, considering prevalence of the given pathology among women, is actual and can be recommended for wide application in gynecologic practice. Considering high practical interest to organ-protected to the operations, all operated patients are under dynamic observation for tracing of the separated results of the technique applied by us.

Keywords: a myomectomy conservative, a temporary hemostasis

Сведения об авторах:

Нагорный Эрнест Юрьевич, полковник м/с запаса, заведующий гинекологическим отделением ФБУ «1477 ВМКГ флота»; 690005, Владивосток, ул. Ивановская, 4. Тел.: 89025554194; e-mail: e-nagorny@mail.ru.

Шелест Людмила Львовна, врач гинекологического отделения ФБУ «1477 ВМКГ флота».

Куликова Елена Николаевна, врач гинекологического отделения ФБУ «1477 ВМКГ флота»