

# АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.14-006-089(045)

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**И.А. Салов** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета, профессор, доктор медицинских наук; **В.А. Зиганшина** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, аспирант кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета; **М.С. Шехтер** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета; **А.В. Сладков** – врач МУЗ Городская клиническая больница № 1 им. Ю.Я. Гордеева; **Н.А. Чунихина** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, аспирант кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета; **Ю.М. Коссович** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, ординатор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета. E-mail: meduniv@sgmu.ru

Проведён анализ результатов хирургического лечения 42 больных миомой матки без пролапса гениталий, которым выполнена лапароскопическая трансвагинальная супрацервикальная гистерэктомия. Отмечены преимущества данного метода по сравнению с классическими лапаротомическими и эндоскопическими операциями. У 30 пациенток проанализировано лечебное воздействие эмболизации маточных артерий на миому матки. Доказано преимущество рентгеноэндоваскулярного гемостаза у 22 больных с запущенными формами рака шейки матки.

**Ключевые слова:** миома матки, рак шейки матки, гистерэктомия, эмболизация маточных артерий, рентгеноэндоваскулярная окклюзия внутренних подвздошных артерий.

## CONTEMPORARY APPROACH TO TREATMENT OF GYNECOLOGIC DISEASES

**I.A. Salov** – Saratov State Medical University, Head of Department of Obstetrics and Gynaecology of Therapeutic Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; **V.A. Ziganshina** – Saratov State Medical University, Department of Obstetrics and Gynaecology of Therapeutic Faculty, Post-graduate; **M.S. Shekhter** – Saratov State Medical University, Department of Obstetrics and Gynaecology of Therapeutic Faculty, Assistant; **A.V. Sladkov** – City Clinical Hospital № 1 named after Yu.Ya. Gordeev, Physician; **N.A. Chunikhina** – Saratov State Medical University, Department of Obstetrics and Gynaecology of Therapeutic Faculty, Post-graduate; **Yu.M. Kossovich** – Saratov State Medical University, Department of Obstetrics and Gynaecology of Therapeutic Faculty, Attending Physician. E-mail: meduniv@sgmu.ru

The analysis of surgical treatment results of 42 patients with hysteromyoma without prolapsed genitals, operated by means of laparoscopic transvaginal supracervical hysterectomy, was conducted. Advantages of this operative treatment in comparison with classical laparotomic and endoscopic operations were noted. Curative effect of embolization of uterine arteries on hysteromyoma was analyzed on example of 30 patients-women. The advantage of roentgenoendovascular hemostasis was proved in 22 patients with neglected forms of cervical carcinoma.

**Key words:** hysteromyoma, cervical carcinoma, hysterectomy, embolization of uterine arteries, roentgenoendovascular occlusion of internal iliac arteries

В современных социально-экономических условиях отмечается рост заболеваемости доброкачественными опухолями тела матки на 12,1%. Самой распространённой опухолью у женщин репродуктивного и пременопаузального периодов является миома матки, занимающая второе место в структуре гинекологических заболеваний. Тактика лечения каждой больной индивидуальна и зависит от размера и локализации миоматозных узлов, возраста и репродуктивной функции пациентки, наличия сопутствующей соматической патологии. Хирургическое лечение является ведущим методом терапии миомы мат-

ки и составляет 12-36% от общего числа пациенток гинекологического стационара.

За последние десятилетия в структуре хирургических вмешательств в гинекологии возросла роль малоинвазивных и органосберегающих операций с использованием новых технологий. Нами разработан хирургический способ лечения доброкачественных заболеваний тела матки без пролапса гениталий – лапароскопическая трансвагинальная супрацервикальная гистерэктомия (ЛТСГ) (патент № 2007133746 от 20.06.2008 г.). В лечении миомы широко применяется эмболизация маточных артерий (ЭМА). Останов-

ку кровотечения из распадающихся опухолей гениталий возможно осуществить с помощью рентгеноэндovasкулярной окклюзии (РЭО) ветвей внутренних подвздошных артерий.

С мая 2006 г. на базе 1 Городской клинической больницы выполнено 42 ЛТСГ. Данный метод представлен сочетанием влагалищного и лапароскопического этапов операции: производится передняя кольпотомия, формируется влагалищно-перитониальное соустье, лапароскопическое вхождение в брюшную полость осуществляется по стандартной методике. Матка с помощью пулевых щипцов низводится во влагалище. После клеммирования, пересечения и лигирования аа. uterinae с обеих сторон тело матки отсекается на уровне внутреннего зева. На сосудистые пучки и культю шейки матки накладываются отдельные узловые викриловые швы. В заключение выполняется перитонизация и ушивание переднего кольпотомного разреза. При увеличении размеров матки до 10-11 недель для более быстрого ее извлечения из брюшной полости во влагалище нами использовалось специальное устройство - так называемые «вожжи» (патент РФ № 71239 от 10.03.08 г.).

При выполнении ЛТСГ отмечены следующие технические особенности. Лигирование и пересечение маточных сосудов, ушивание культи шейки матки выполняются на влагалищном этапе ЛТСГ, что позволяет избежать осложнений, присущих эндоскопической гистерэктомии на этом этапе, – кровотечения, ранения и ожогов смежных органов. Сокращение длительности лапароскопического этапа операции с уменьшением времени поддержания искусственного пневмоперитонеума особенно важно для больных с сопутствующей сердечно-лёгочной патологией. Отсутствие непосредственного контакта рук хирурга с органами брюшной полости снижает риск возникновения спаечного процесса и развития послеоперационных осложнений. Отсутствие лапаротомной раны на передней брюшной стенке не только носит косметический эффект, но и значительно сокращает длительность болевого синдрома.

При анализе результатов учитывались продолжительность наркоза и отдельных этапов операции, объём интраоперационной кровопотери, течение послеоперационного периода, характер осложнений и сроки пребывания в стационаре. У больных после ЛТСГ уже через 8-9 часов отсутствовала необходимость в применении наркотических анальгетиков, а болевой синдром полностью купировался к концу вторых суток у 87 % больных. После чревосечения обезболивание наркотическими анальгетиками требовалось первые двое суток, а болевой синдром сохранялся до 7-10 суток. Активная деятельность после ЛТСГ восстанавливалась к концу 1-2 суток, после лапаротомии – на 6-7 сутки. Анализ температурной кривой у больных после ЛТСГ выявил субфебрильную температуру тела в течение 2-3 суток, в то время как после чревосечения она сохранялась до 7-8 суток. Послеоперационный койко-день после ЛТСГ составил в среднем 4-5 дней, после чревосечения – 10-11 дней.

С августа 2005 г. нами было осуществлено 20 ЭМА у больных миомой матки и 22 РЭО у больных с запущенными формами рака шейки матки. С целью снижения интраоперационной кровопотери 4 больным с миомой матки в сочетании с аденомиозом без пролапса гениталий во время выполнения ЛТСГ была произведена ЭМА.

ЭМА у больных с фибромиомой матки выполнялась через трансфemorальный доступ с использованием микросфер «Bead Block» фирмы «Terumo» диаметром 500-700 и 700-900 мкм. Катетеризацию маточных артерий осуществляли проводниковыми катетерами диаметром 4-5F. У одной больной из-за сложного анатомического строения левой внутренней подвздошной артерии выполнить эмболизацию не удалось.

Эффективность эмболизации оценивалась по отсутствию кровотока в восходящей части маточной артерии и артериях перифиброидного сплетения, при доплерографии выявлялось отсутствие кровотока в миоматозном узле. Уменьшение общих размеров матки наиболее активно происходило в течение первых 6 месяцев после ЭМА. В среднем через год узлы уменьшились более чем в 4 раза, а небольшие узлы исчезли полностью.

РЭО внутренних подвздошных артерий осуществлялась через правый трансфemorальный доступ с использованием металлических окклюзионных спиралей «MReye» фирмы «COOK», которые устанавливали дистальнее отхождения верхней ягодичной артерии.

Во всех случаях РЭО позволила остановить кровотечение, уменьшить болевой синдром. У двух больных (18,2%) через месяц после РЭО в связи со значительным уменьшением инфильтрата в параметрии была выполнена расширенная экстирпация матки с придатками. В остальных случаях пациенткам проведена лучевая терапия.

Таким образом, внедрение новых технологий и селективный подход при лечении миомы матки позволяют пересмотреть и усовершенствовать врачебную тактику. ЭМА дает возможность избежать гистерэктомии, сохранив чадородную функцию женщины. При необходимости оперативного лечения возможно выполнение ЛТСГ. На лапароскопическом этапе операции обеспечивается малоинвазивность, а на влагалищном – безопасность и надёжность за счет проведения наиболее технически ответственных моментов операции - клеммирование, пересечение и лигирование сосудистых пучков, отсечение тела матки - под естественной бинокулярной визуализацией руками оператора при непосредственном хирургическом контакте. В результате отмечается более лёгкое течение послеоперационного периода с кратчайшими сроками восстановления работоспособности. В комплексном лечении больных с запущенными формами рака шейки матки гемостатическая эффективность РЭО несомненна.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Риди, Дж. Эмболизация маточной артерии / Дж. Риди // МЖИК. – 2003. – №3. – С.51-57.
2. Суворова, Ю.В. Роль ангиографии и артериальной эмболизации при злокачественных опухолях матки и мочевого пузыря, осложненных кровотечением / Ю.В. Суворова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1998. – 18 с.
3. Arterial embolisation to treat uterine myomata / J.H. Ravina, D. Herbreteau, T. Ciraru-Vigneron et al. // Lancet, 1995; 346. – P. 671-672.
4. Кулаков, В.И. Эндоскопия в гинекологии / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян. – М.: Медицина, 2000. – С.155-171.
5. Lee P.I. Total Laparoscopic Intrafascial Hysterectomy / P.I. Lee // J Am Assoc Gynecol Laparasc. – 1996. – № 3(4, Suppl.). – P.25.