

Тихомиров А. Л., Кочарян А. А.

Возможности оптимизации органосохраняющего хирургического лечения больных миомой матки

МГМСУ

Миома матки относится к наиболее часто встречающимся доброкачественным образованиям половых органов женщин, и если раньше считалось, что миома наблюдается примерно у 25% женщин старше 30 лет то последние масштабные аутопсические исследования, с интервалом среза через каждые 2мм, свидетельствуют о возможности распространения рассматриваемой патологии среди женщин детородного возраста до 80% (3). Отмечено также, что миома матки часто сочетается с бесплодием. При этом средний возраст пациенток, подвергшихся гистерэктомии при миоме матки, составляет $40 \pm 3,4$ года более чем в 90%. Хотя до настоящего времени вопрос о роли миомы матки в генезе бесплодия является предметом многочисленных дискуссий, однако у 20% женщин, страдающих бесплодием, миома матки является единственной патологией репродуктивной системы (5).

Вопросы лечения больных с миомой матки охватывают широкий спектр консервативных и хирургических методов. Вместе с тем хирургическое лечение занимает все более прочное положение среди других методов терапии. При выборе метода хирургического лечения гинекологических больных необходимо учитывать совокупность факторов, таких как: возраст женщины, состояние ее менструальной и репродуктивной функции, соматический статус (9). В современной оперативной гинекологии прослеживается тенденция максимально бережного отношения к матке. Большинство клиницистов подчеркивают важность выполнения органосберегающих операций не только с целью сохранения репродуктивной функции, но и исходного «качества» жизни (1,2). Кроме того, радикальные операции – надвлагалищная ампутация и экстирпация матки – лишают женщину ее специфических функций (менструальной и генеративной), приводят к значительным изменениям в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, усугубляя тем самым уже имеющиеся в организме патологические процессы, и способствуя развитию постгистерэктомиического синдрома даже в случаях сохранения яичников из-за их равноценного кровоснабжения, как яичниковой артерией, так и восходящей ветвью маточной артерии, которая, как известно, пересекается при гистерэктомиях без придатков (6).

Раньше частота осложнений после консервативной миомэктомии была достаточно высокой, чаще развивались гнойно-септические состояния и/или – последствия значительной интраоперационной кровопотери, кровотечения в раннем послеоперационном периоде (7,8). Большой объем кровопотери во время проведения консервативной миомэктомии нередко встречается и в настоящее время. Это осложнение трудно преодолевать, в особенности, если в матке находится множество узлов, крупные узлы, узлы с варикозно расширенными кровеносными сосудами. Несмотря на то, что существуют давно известные рекомендации, касающиеся особенностей проведения разрезов для удаления узлов, не во всех случаях удается пре-

дотворить кровопотерю. До настоящего времени нивелируют это осложнение путем своевременных проводимых трансфузий компонентов донорской крови. Однако переливание крови или компонентов следует рассматривать как трансплантацию реципиенту чужеродной ткани, что связано с риском развития различной степени тяжести гемотрансфузионных осложнений и реакций. Альтернативой трансфузии донорской крови при объемной кровопотере является аутотрансфузия, позволяющая избежать основных осложнений донорской гемотрансфузий и, в первую очередь, переноса гематогенной инфекции (4).

Цель исследования – разработать и внедрить в клиническую практику методы снижения интраоперационной кровопотери при хирургическом органосохраняющем лечении миомы матки.

Проведен анализ результатов хирургического лечения 130 женщин с миомой матки. У 65 (50%) из них опухоль располагалась в подслизистом слое, у 21 (16,15%) – в толще мышечной стенки и у 44 (33,84%) имела место подбрюшинная локализация. Возраст больных миомой матки варьировал от 24 до 51 года, составив в среднем – $36,27 \pm 2,15$ года. Подавляющее большинство из них (74,65%) находилось в репродуктивном периоде. Основными жалобами пациенток были обильные и/или длительные менструации, сопровождавшиеся слабостью, быстрой утомляемостью, снижением гемоглобина периферической крови. В 42% наблюдений пациентки не предъявляли каких-либо специфических жалоб, миома матки была обнаружена при профилактическом осмотре.

Всем больным миомой матки произведено органосохраняющее хирургическое лечение. В 95 наблюдениях выполнена традиционная консервативная миомэктомия, в 35 – с применением различных методов снижения кровопотери. Техника миомэктомии существенно не отличалась и определялась особенностями локализации и размерами миоматозных узлов. При больших размерах миоматозных узлов стенку матки рассекали по полюсу узла лоскутообразно, узел отсекали от окружающих тканей тупым и острым путем. Гистологическое изучение макропрепаратов, удаленных во время операции, во всех наблюдениях обнаружило лейомиому.

В последующем эти пациентки были разделены на 6 групп.

В первую группу были включены 95 больных, которым была произведена традиционная консервативная миомэктомия. Диаметр миоматозных узлов, удаленных во время операции, варьировал от 2 до 8 см, а их количество – от 2 до 6. Общая кровопотеря составила от 400 до 1500 мл. В 22 случаях производилась интраоперационная гемотрансфузия.

Вторую группу составили 15 женщин, получавших на первом этапе лечения, в течение 6 месяцев, курс адьювантной терапии с использованием агонистов гонадотропин-рилизинг гормона (а-ГнРг). Эти препараты могут вдвое уменьшать величину лейомиомы матки за счет снижения циркуляции половых гормонов и купировать такие симптомы, как меноррагия и бо-

ли в области малого таза. Кроме того, они угнетают маточный кровоток и повышают уровень гемоглобина и гематокрита.

В данной группе диаметр миоматозных узлов составил от 3,2 до 5 см, а общая кровопотеря во время операции от 350 до 800 мл. В 2 случаях проводилась гемотрансфузия.

К третьей группе были отнесены 5 пациенток с миомой матки, которым за 1 час до операции давали 400 мкг мизопростола, который увеличивает частоту и силу сокращений миометрия.

Размеры удаленных миоматозных узлов варьировали от 2,5 до 8 см, а общая кровопотеря во время операции составила от 300 до 1000 мл.

Четвертую группу составили 7 женщин, которым интраоперационно в миоматозные узлы диаметром от 8 до 11 см, вводили предварительно разведенный на физ. растворе (1:100) адреналин, как сосудосуживающее средство, с целью уменьшения кровопотери. Общая кровопотеря составляла от 400 до 800 мл.

В пятую группу были включены 2 женщины с ранее выполненной эмболизацией маточных артерий.

Известно, что, двигаясь с током крови, эмболизат заклинивает просвет сосудов миомы, кровоток по тонким и извитым сосудам миомы прекращается, а нормальные миометриальные ветви маточных артерий остаются проходимыми.

В данном случае удалялись множественные миоматозные узлы диаметром от 10 до 60 мм, и количеством от 6 до 13. Общая кровопотеря – 600 и 800мл.

С 1994г. эта методика применяется на этапе предоперационной подготовки перед миомэктомией для уменьшения интраоперационной кровопотери.

Шестую группу составили 6 пациенток, которым проводился комплексный временный интраоперационный гемостаз путем управляемой компрессии основных сосудов матки. С целью временной компрессии восходящих ветвей маточных артерий использовалась петля, накидка которой позволяет регулировать уровень компрессии в восходящих ветвях маточных артерий и атравматичные петли для вазокомпрессии ветвей яичниковых артерий в ходе операции.

В двух случаях были удалены конгломераты миоматозных узлов, наибольший диаметром 150 мм, в остальных 4 случаях диаметр удаленных узлов составлял от 1 до 9,5 см. При этом общая кровопотеря – от 150 до 600 мл.

В настоящее время проводятся исследования в этом направлении. Предварительные результаты свидетельствуют о значительном снижении кровопотери на фоне применения комплексного превентивного интраоперационного гемостаза путем временной вазокомпрессии и вазоконстрикции при проведении консервативных миомэктомий, что в дальнейшем позволит оптимизировать реконструктивно-пластические операции у больных миомой матки, сократить количество послеоперационных осложнений, избежать массивных гемотрансфузий.

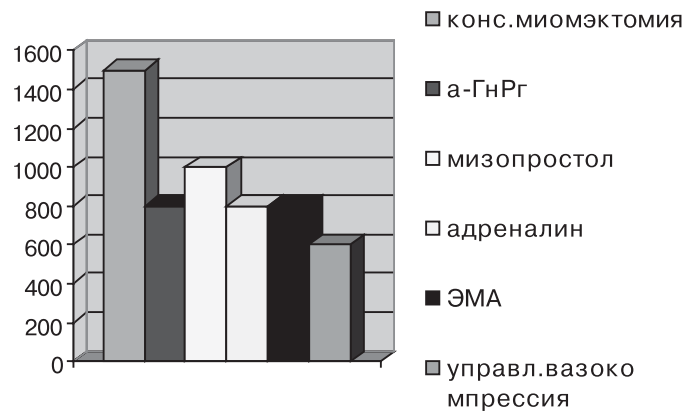


Рис. 2 Объем кровопотери при различных методах интраоперационного гемостаза.

Литература

1. Лубнин Д. М. Селективная эмболизация маточных артерий в алгоритме органосохраняющего лечения миомы матки: Москва, 2005.
2. Демина Л. М. Лапароскопическая консервативная миомэктомия. Отдаленные результаты: Москва, 2001.
3. Савицкий Г. А., Савицкий А. Г. Миома матки.// СПб.: «ЭЛБИ-СПб». – 2000.–С.90–139
4. Вихляева Е. М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки.// М.: МЕДпресс-информ., 2004.
5. Краснова И. А., Бреусенко В. Г. Диагностика и оперативное лечение миомы матки.// Акушерство и гинекология. – 2003. – №2.–С.45–50
6. Тихомиров А. Л., Залеева Е. В. Применение левоноргестрел-релизинг системы в комплексном лечении миомы матки.// Гинекология. – 2005. – №1–С.63–65
7. Шиляев А. Ю. Лейомиома матки.// Гинекология. – 2005. – №1–С.65–70
8. Тихомиров А. Л., Серов В. Н. Современные принципы диагностики, лечения и профилактики лейомиомы матки.// Русский Медицинский Журнал. – 2000. – № 11.–С.473–476
9. Stewart E. A., Faur A. M., Wisw L. A. et al. Predictors of subsequent surgery for uterine leiomyomata after abdominal myomectomy.// Obstet. Gynecol. – 2002. – №99 (3).–р.426–432