

# Розділ 5

## Актуальні питання урології та гінекології

© Проблеми військової охорони здоров'я, 2012  
УДК 618.14 — 066.36 — 072.1 — 089

### ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ

*И.М.Арестова, О.В.Кичигин, Ю.В.Занько*

Витебский государственный медицинский университет  
Витебск, Беларусь

#### *Введение*

В практической деятельности особого внимания требуют больные с субмукозной миомой матки. Данная локализация встречается у 20-25% женщин с миомой. Клиника этой формы у большинства пациенток характеризуется кровотечениями по типу мено- и метроррагий, приводящими к анемии. Анемия, как исход некомпенсированных мено- и метроррагий, при миоме матки фигурирует среди показаний для оперативного лечения у 70% женщин. Наличие у женщин с миомой матки анемизирующих маточных кровотечений становится одним из важнейших факторов, способствующих ускоренному развитию тяжело текущих дезадаптационных синдромов [1].

Развитие эндоскопии сделало эти узлы доступными для удаления трансцервикально с использованием гистерорезектоскопа [5]. Традиционно считается, что субмукозные узлы G1 и G2 не должны превышать 5-6 и 4-5 см соответственно, для удаления их путем гистероскопической миомэктомии. Хотя в доступной англоязычной литературе имеются отдельные сообщения об удалении субмукозных узлов большего размера [6]. Такие ограничения по размерам узла связаны с техническими трудностями, обусловленными глубоким расположением узла в миометрии и высоким риском осложнений во время операции.

В настоящее время большинство хирургов предпочитают удалять такие узлы путем двухэтапной процедуры:

1 этап — удаление только выступающий в полость части узла до уровня миометрия,

2 этап — через 1-3 месяца полное удаление оставшейся части узла, которая за время после первой операции мигрирует в полость матки.

Попытка одноэтапного удаления глубоко расположенных в миометрии узлов с помощью электрохирургической техники связана с повреждением окружающего миометрия и увеличенным риском операционных осложнений (перфорация, кровотечение, интравазация) во время удаления интрамуральной части узла. Поэтому продолжается поиск оптимального способа оперативной техники, который позволял бы удалить узел одноэтапно, при глубокой локализации в миометрии [2].

Но даже успешная трансцервикальная миомэктомия в большинстве случаев не решает проблему, так как подслизистая миома часто сочетается с узлами другой локализации или сопутствующей генитальной патологией (киста яичника, аденомиоз, гиперплазия эндометрия, полип эндометрия). Предложенная методика одномоментного применения миомэктомии и резекции эндометрия частично решает проблему [4].

Проблему, обусловленную многообразием форм локализации узлов, их количеством и размерами, а также сочетанием различных патологических процессов в одном органе, может решить применение методики лапароскопической окклюзии маточных сосудов.

Данный метод применяется как самостоятельный вид оперативного лечения, так и в комплексе с консервативной миомэктомией у пациенток с менометроррагиями и симптомной миомой матки [3].

Таким образом, несмотря на наличие определенных методов оперативного эндоскопического лечения субмукозной миомы матки, остается нерешенной проблема возможности сохранения матки у женщин, не желающих подвергаться гистерэктомии при размерах матки меньше 12 недель. Особенно актуальной эта проблема становится в следующих случаях:

- при наличии интрамуральных узлов различных размеров, деформирующих полость матки с симптомным течением;
- при наличии 2-х и более субмукозных узлов G-2 больших размеров (4-5 см и больше);

- при наличии субмукозной миомы G-0, G-1, G-2 в сочетании с узлами другой локализации (интрамуральные, интрамурально-субсерозные узлы) или сопутствующими гиперпластическими процессами эндометрия и/или различными формами аденомиоза;

- при необходимости выполнения экстренного консервативного оперативного вмешательства при субмукозной миоме по поводу меноррагий (в том числе при рождающемся субмукозном узле различных размеров) на фоне анемии различной степени тяжести.

Целью исследования была разработка и применение усовершенствованной методики эндоскопического хирургического лечения, которая позволяет выполнять любые сочетанные операции на матке при любой доброкачественной патологии одновременно с целью сохранения органа и уменьшения частоты рецидивов заболевания. На основании проведенных исследований нами разработан метод комбинированного эндоскопического хирургического лечения миомы матки.

### *Материалы и методы исследования*

Метод комбинированного эндоскопического хирургического лечения миомы матки включает миомэктомию из различных доступов, дополненную резекцией эндометрия в случае сопутствующей патологии эндометрия и/или аденомиоза, после предварительного вскрытия забрюшинного пространства, в области заднего листка широкой связки на 2-3 см латеральнее от места отхождения от матки крестцово-маточной связки, выделения в этой области и клипирования маточных артерий, биполярной коагуляции, а также пересечения маточно-яичниковых сосудов в объеме одного оперативного вмешательства.

Сущность операции заключается в том, что лапароскопическое клипирование маточных артерий, коагуляция и пересечение маточно-яичниковых артерий выполняются после вскрытия брюшины и диссекции сосудов и не требуют ушивания брюшины в конце операции, создают условия для ишемии матки, что в дальнейшем позволяет выполнить любые оперативные вмешательства на матке из различных доступов (лапароскопическая и гистерорезектоскопическая миомэктомия и/или резекция эндометрия) одновременно и с минимальной кровопотерей.

Способ осуществляется следующим образом: операция выполняется в два этапа:

1 этап — лапароскопия, клипирование маточных артерий, коагуляция и пересечение маточно-яичниковых сосудов, при наличии интрамуральной или интрамурально-субсерозной миомы — консервативная миомэктомия;

2 этап — гистерорезектоскопия, удаление субмукозной миомы; резекция эндометрия при наличии сопутствующей патологии.

### *Результаты исследования и их обсуждение*

По предложенной методике нами выполнено комбинированное эндоскопическое хирургическое лечение, включающее лапароскопию, клипирование маточных артерий, коагуляцию и пересечение маточно-яичниковых сосудов в сочетании с консервативной миомэктомией или/и гистерорезектоскопической миомэктомией и/или резекцией эндометрия, у 21 пациентки — с сочетанной патологией эндометрия.

Средний возраст пациенток составил  $44,1 \pm 6,2$  года. Жалобы на менометроррагии, приводящие к анемии различной степени тяжести, сопровождающейся слабостью, предъявляли 18 пациенток; на боли внизу живота или пояснице — 3 пациентки. Средний уровень гемоглобина перед операцией составил  $112,6 \pm 17,1$  г/л. У 3 пациенток непосредственно перед экстренной операцией была выполнена гемотрансфузия в связи с анемией тяжелой степени.

Величина матки перед операцией составила 8 нед. (6-11 нед.). Размер доминантного узла, по данным УЗИ, составил 40 мм (30-72 мм). Объем матки, вычисленный по формуле: длина матки  $\times$  передне-задний размер матки  $\times$  ширина матки  $\times 0,5233$  составлял до операции  $188 \pm 80$  мм<sup>3</sup>.

Лапароскопическая окклюзия маточных сосудов путем клипирования маточных артерий, коагуляции с последующим пересечением маточно-яичниковых сосудов выполнена у всех пациенток, в сочетании с лапароскопической миомэктомией — у 7 пациенток, в сочетании с гистерорезектоскопической миомэктомией — у 13 пациенток, в сочетании с резекцией эндометрия — у 1 пациентки.

У 10 пациенток лапароскопическая окклюзия маточных сосудов выполнена одновременно с лапароскопической и гистерорезектоскопической миомэктомией, причем у 4-х из них дополнительно выполнена резекция эндометрия.

У 3 пациенток пременопаузального возраста с множеством интрамуральных и интрамурально-субсерозных узлов была выполнена

гистерорезектоскопическая миомэктомиа, из них у 2 пациенток — с резекцией эндометрия. Лапароскопический этап операции был ограничен окклюзией маточных сосудов без удаления миоматозных узлов.

Всего удалено при гистерорезектоскопической миомэктомии 11 субмукозных узлов различного типа размером от 1 до 5 см, 6 интрамуральных узлов размером от 1 до 3 см и 1 узел узлового аденомиоза размером 4 см.

При лапароскопии удалено 23 интрамуральных или интрамурально-субсерозных миоматозных узлов и один узел в виде узлового аденомиоза. Размер узлов варьировал от 1 до 10 см.

Одномоментно у 1 пациентки удалялось от 1 до 5 узлов. У 7 пациенток матка была ушита однорядными узловыми экстракорпоральными швами.

Средняя продолжительность операции составила 130 мин. (110-140 мин.). Средний уровень гемоглобина после операции составил  $108,8 \pm 13,2$  г/л. Никому из пациенток не потребовалась гемотрансфузия. Длительность применения утеротоников (окситоцина) — не более 1 суток. Во время операции и в послеоперационном периоде пациентки получали цефотаксим по 1 г 3 раза в сутки внутривенно или ципрофлоксацин по 400 мг 2 раза в сутки внутривенно-капельно в течение 3-5 суток. С целью обезболивания в послеоперационном периоде применяли диклофенак 3,0 мл внутримышечно 1 раз в сутки или 50% раствор анальгина 2,0 мл и 1% раствор димедрола 1,0 мл внутримышечно 2 раза в сутки.

Температура выше 37,0 С в первые трое суток после операции зарегистрирована у 10 пациенток, из них у 4-х — выше 38,0 С. Все пациентки предъявляли жалобы на незначительные боли внизу живота или в области швов на протяжении первых трех суток после операции.

Длительность пребывания в стационаре составила 4 койко-дня (3-7 к/д), за исключением 2 пациенток с осложнениями. Все пациентки выписаны домой без жалоб, в удовлетворительном состоянии.

У одной пациентки было произведено ушивание мочевого пузыря из лапаротомического доступа в связи с интраоперационным осложнением — перфорацией матки и травмой мочевого пузыря при гистерорезектоскопическом удалении интрамурально расположенного узла в области перешейка по передней стенке матки. Пациентка выписана на 12 сутки в удовлетворительном состоянии.

У второй пациентки в послеоперационном периоде был диагностирован тромбофлебит венозных синусов голени, что потребовало терапии в условиях стационара с назначением антикоагулянтов и дезагрегантов. Пациентка выписана на 11 сутки в удовлетворительном состоянии.

Через 3-4 месяца после операции обследовано 15 пациенток. Жалобы на незначительные боли внизу живота во время месячных, не требующие применения анальгетиков, предъявляли 2 пациентки. Одну пациентку, страдающую детским церебральным параличом, беспокоили боли в области таза, требующие применения НПВС.

У пациенток, которым выполнялась на 2-м этапе гистерорезектоскопическая миомэктомия или резекция эндометрия, в течение 1-2 дней после операции были обильные или умеренные кровянистые выделения, которые переходили в мажущие выделения на протяжении 5-20 дней. У 2 пациенток на протяжении 3-4 месяцев периода наблюдения менструаций не было. У 2 пациенток первые и вторые менструации после операции прошли обильно и болезненно, а в последующем протекали без осложнений и особенностей (у данных пациенток выполнялась лапароскопическая миомэктомия интрамуральных узлов, деформирующих полость матки с наложением швов). У остальных пациенток с 1-2 цикла после операции менструации стали умеренные и длительностью 3-5 дней.

Величина матки через 3 месяца соответствовала нормальным размерам у всех пациенток. Объем матки через 3-4 месяца после операции составил  $71 \pm 36$  мм<sup>3</sup> и уменьшился в среднем на  $65,8 \pm 12,5\%$ .

### **Выводы**

Таким образом, эффективность предлагаемого метода хирургического лечения доброкачественных заболеваний матки определяется тем, что этот способ позволяет в условиях одного хирургического вмешательства совместить несколько эндоскопических операций из различных доступов, удалить труднодоступные, а также большие по размеру интрамуральные и субмукозные миоматозные узлы с минимальной кровопотерей на фоне анемии различной степени тяжести, а также уменьшить вероятность рецидива заболевания. Не требуется длительной госпитализации пациенток, применения гормональной терапии как для подготовки к операции, так и в послеоперационном периоде.

## *Литература*

1. Савицкий, Г.А. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии) / Г.А.Савицкий, А.Г.Савицкий. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2000. — 236 с.
2. Hysteroscopic endometrial ablation is an effective alternative to hysterectomy in women with menorrhagia and large uteri / M.A.Eskandar [et al.] // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. — 2000. — Vol. 7, №3. — P. 339-345.
3. Laparoscopic uterine vessel occlusion in the treatment of women with symptomatic uterine myomas with and without adding laparoscopic myomectomy: 4-year results / P.H. Wang [et al.] // J. Minim. Invasive Gynecol. — 2008. — Vol. 15, №6. — P. 712-718.
4. Loffer, F.D. Improving results of hysteroscopic submucosal myomectomy for menorrhagia by concomitant endometrial ablation / F.D.Loffer // J. Minim. Invasive Gynecol. — 2005. — Vol. 12, №3. — P. 254-260.
5. Long-term results of hysteroscopic myomectomy in 235 patients / V.Polena [et al.] // Eur J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 2007. — Vol. 130, №2. — P. 232-237.
6. One-step hysteroscopic myomectomy: unusual cases and a review of the literature / A.Kriplani [et al.] // J. Laparoendosc Adv. Surg. Tech A. — 2004. — Vol. 14, №6. — P. 390-394.