

# Абдоминальное хирургическое лечение сочетанной патологии матки

**В.А. Шамрай**

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев  
Областной клинический онкологический диспансер

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование абдоминального хирургического лечения сочетанной патологии матки не теряет своей актуальности в связи с поздней диагностикой миомы матки и ее большими размерами. Сравнительный анализ ранних и поздних осложнений свидетельствует об имеющихся резервах в снижении их частоты, особенно у женщин старше 50 лет. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики оперативного лечения сочетанной патологии матки.

**Ключевые слова:** сочетанная патология матки, хирургическое лечение.

Основные тенденции развития современной гинекологии характеризуются стремительным внедрением в практику методов хирургического лечения с применением малоинвазивных технологий. Использование новых прогрессивных технологий в медицине изменило взгляды на общепринятую тактику ведения пациенток с хирургической патологией. При сочетанной патологии матки на сегодняшний день применяются различные доступы оперативного лечения. Однако остаются до сих пор не изученными критерии отбора, показания, противопоказания, целесообразность, возможные ожидаемые осложнения и отдаленные результаты при назначении того или иного оперативного доступа при сочетанной патологии матки [1–4].

Учитывая высокий современный уровень клинического обследования при подготовке к оперативному лечению гинекологических больных, наиболее часто выявляют несколько заболеваний матки, требующих хирургической коррекции. Показанием к оперативному лечению является наличие миомы матки в комбинации с аденомиозом, сочетание миомы с недержанием мочи и генитальным пролапсом [1–4].

На сегодняшний день предлагают и внедряют различные методики оперативного доступа, используют новые синтетические материалы в качестве трансплантатов, снимают ограничения для применения малоинвазивных методов, место традиционного абдоминального доступа занимает лапароскопический и влагалищный. Традиционные хирургические технологии в оперативной гинекологии, господствующие десятилетиями, вытесняют новые, что вызывает споры среди врачей, достаточно долго оперирующих традиционными методами. Кроме того, с учетом многообразия возможных хирургических доступов не определены показания, противопоказания и четкие критерии выбора оперативного доступа при необходимости хирургического лечения доброкачественных новообразований матки. Это приводит к поляризации мнений специалистов о целесообразности применения малоинвазивных технологий при больших размерах миомы матки, наличии обширного спаечного процесса органов брюшной полости и малого таза [1–4].

По нашему мнению, не все научные задачи данного направления на сегодняшний день полностью решены. Од-

ним из таких вопросов является тактика абдоминального хирургического лечения сочетанной патологии матки.

**Цель исследования:** изучить особенности абдоминального хирургического лечения сочетанной патологии матки.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 359 женщин с сочетанной патологией матки, которым были проведены различные варианты оперативного лечения. В основную группу включены 125 женщин с наличием сочетанной патологии матки, по поводу чего было выполнено абдоминальное хирургическое лечение (34,8%). Диагноз подтверждали клинические и анамнестические данные, результаты ультразвукового исследования (УЗИ), в дальнейшем диагноз был подтвержден результатами гистологического исследования послеоперационного материала.

Критериями включения были:

1. Возраст от 35 до 70 лет.
2. Размеры матки от 5 нед до 20 нед беременности.
3. Стрессовое недержание мочи 2–3-го типа.
4. Пролапс половых органов любой степени тяжести

Критерии исключения из исследования:

1. Возраст менее 35 лет и старше 70 лет.
2. Миома матки более 20 нед (в этом случае вопрос о выборе хирургической тактики решался в пользу абдоминального чревосечения у пациенток любой возрастной категории, что связано с длительностью оперативного вмешательства малоинвазивными доступами).
3. Тяжелая сопутствующая соматическая патология:
  - сахарный диабет в стадии декомпенсации;
  - гипертоническая болезнь, осложненная сердечной недостаточностью с высоким операционным риском;
  - почечная недостаточность;
  - системные заболевания в стадии декомпенсации.
4. Наличие недержания мочи при напряжении 1-го типа.

Больные основной группы были разделены на три подгруппы в зависимости от вида сочетанной патологии матки.

Следует отметить, что средний возраст пациенток первой подгруппы (60 пациенток с сочетанием миомы и аденомиоза) составил  $53,3 \pm 7,1$  года.

Вторую подгруппу составили 24 больных с сочетанной патологией матки и симптомами недержания мочи (СНМ), которым проводили пластику стенок влагалища собственными тканями (13 пациенток с недержанием мочи 2-го типа и 11 пациенток с недержанием мочи 3-го типа с формированием цистоцеле). Большинство пациенток первой подгруппы 2-й группы были в возрасте старше 50 лет, а их средний возраст составил  $57,2 \pm 12,3$  года.

Третью подгруппу составила 41 пациентка, которой были выполнены традиционные операции трансабдоминальным доступом. В этой подгруппе выполняли операции с удалением органа, при сочетании пролапса с миомой или аденомиозом с фиксацией культи влагалища или

Средние размеры опухоли матки (M±m)

Обследованные группы	Трансабдоминальный доступ	
	До 50 лет	Старше 50 лет
Миома матки в сочетании с аденомиозом	10,6±5,4 нед	13,2±4,2 нед
Миома матки в сочетании с СНМ	9,0±2,4 нед	12,2±3,2 нед
Миома матки в сочетании с пролапсом половых органов	9,0±2,3 нед	10,0±3,3 нед

шейки матки по Кохеру. Также использовали методику фиксации апоневротическим лоскутом. При сохранении органа преимущественно выполняли операции с фиксацией органа апоневротическим лоскутом. Все операции завершались передней и задней кольпорафией. Средний возраст этих женщин составил 46,5±4,1 года.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что трансабдоминальный доступ при сочетании миомы и аденомиоза использовали у 33,7% пациенток, при наличии симптома недержания мочи при напряжении использованы у 40,7% (в сочетании с аллопластикой); при генитальном пролапсе и сочетанной патологией матки – у 35,7% женщин. Размеры удаляемого органа в большинстве случаев были главным фактором при выборе оперативного доступа. В таблице приведены средние размеры матки, определяющие критерии выбора трансабдоминального вмешательства

Возрастной критерий по приведенным данным также являлся важным моментом при выборе оперативного доступа. 40,6% пациенток были в возрасте до 50 лет, а 59,4% – старше 50 лет.

Критериями выбора хирургического доступа являлись размер опухоли, необходимость проведения ревизии брюшной полости, перенесенные ранее операции, особенно с имеющимся в анамнезе осложненным перитонитом, длительность течения заболевания, также наличие экстренных показаний для лапаротомии при кровотечении и выраженной анемизации пациентки. При наличии пролапса выбор доступа определяли по необходимости удаления органа или желания пациентки сохранить репродуктивный потенциал.

При сочетанной патологии матки (наличие аденомиоза и миомы) показаниями к оперативному лечению послужили:

- большие размеры опухоли, т.е. свыше 14 нед. Опухоль таких размеров не склонна к регрессу и не поддаются консервативной терапии;
- быстрый рост опухоли с появлением жалоб на боль, дисменорею, диспареунию;
- обильные длительные ациклические кровотечения, приводящие к анемизации;
- наличие признаков деструкции в ткани узла с появлением болевого синдрома, воспалительными изменениями;
- перекрут субсерозного узла;
- наличие подслизистого узла больших размеров с частичным интерстициальным расположением узла, не доступного для гистерорезекции, особенно при наличии множественной миомы или сочетания с аденомиозом.
- шеечное расположение крупного узла с увеличением общего размера матки.

Использовали общепринятые этапы проведения оперативного трансабдоминального вмешательства. При выборе объема операции на матке руководствовались состоянием шейки матки. При наличии эктопии, признаков эн-

дометриоза шейки матки или дисплазии в цитологической картине выполняли тотальную гистерэктомию. Субтотальную гистерэктомию выполняли при неизменной шейке матки, настойчивом желании женщины сохранить влагалищную часть шейки матки. Также при сохранении шейки матки руководствовались принципом лучшего сохранения архитектоники тазового дна при неповрежденных кардинальных и крестцово-маточных связках.

Анализ осложнений при выборе чревосечения в качестве оперативного доступа у пациенток первой подгруппы при сочетании миомы матки и аденомиоза показал увеличение количества осложнений при увеличении времени операции; у пациенток старшей возрастной группы и при увеличении объема удаляемого органа.

Ранние послеоперационные осложнения (в том числе и интраоперационные) составили 3 случая на 60 (5,0%), включая 2 случая (3,3%) расхождения швов на передней брюшной стенке и 1 случай (1,7%) ранение мочевого пузыря с интраоперационным его ушиванием.

Поздние послеоперационные осложнения включили 5 случаев (8,3%). В поздний послеоперационный период у 3 женщин (5,0%) сформировался стойкий болевой синдром, связанный с проведенной операцией и формированием спаечного процесса. В 2 случаях (3,3%) пациентки предъявляли жалобы на диспареунию.

Общее количество осложнений (ранних и поздних) у пациенток первой подгруппы с использованием трансабдоминального доступа при сочетании миомы матки и аденомиоза составило 13,3%.

Во второй подгруппе преобладающий процент пациенток (83,2%) имели небольшой объем удаленной матки (до 14 нед); 45,8% пациенток кроме симптомов недержания мочи имели признаки цистоцеле, при этом 89,5% из них относились к возрастной категории старше 50 лет.

В этой подгруппе пациенток использовали трансабдоминальный доступ при необходимости удаления органа. Симптомы недержания мочи при напряжении корригировались методикой с использованием фасциального лоскута и формированием дубликатуры предпузырной фасции при передней кольпорафии. Пациенткам с цистоцеле накладывали кисетный шов на предпузырную фасцию с погружением цистоцеле, далее выполняли традиционную пластику передней стенки влагалища.

Ранние послеоперационные осложнения составили 2 случая (8,3%). В 1 случае (4,2%) при трансабдоминальном вмешательстве возникло осложнение со стороны операционной раны с расхождением краев операционной раны, в 1 случае (4,2%) во время операции поврежден мочевой пузырь, рана ушита интраоперационно, пациентка выписана домой на 10-е сутки.

В поздние послеоперационные осложнения мы включили все возникшие рецидивы при наблюдении за пациентками от 1 года и более, при этом выявляют высокий процент осложнений. Поздние послеоперационные осложнения выявлены в 4 случаях, что составило 16,7%. При их анализе в 2 случаях (8,3%) у пациенток наблюдали рецидив заболевания, у 2 пациенток (8,3%) – симпто-

мы диспареунии и формирование стойкого болевого синдрома. Общее количество ранних и поздних послеоперационных осложнений при применении трансабдоминального доступа с применением пластики с использованием аутоканей составило 25,0%.

В третьей подгруппе выполняли операции с удалением органа в 18 (43,9%) случаях при сочетании пролапса с миомой или аденомиозом с фиксацией культи влагалища или шейки матки. При сохранении органа преимущественно выполняли операции с фиксацией органа апоневротическим лоскутом, такая операция была выполнена в 23 (56,1%) случаях. Все операции завершались пластикой – передней и задней кольпорафией. Большинство пациенток третьей подгруппы были в возрасте от 35 до 50 лет, а их средний возраст составил  $46,1 \pm 3,4$  года.

Ранние послеоперационные осложнения у пациенток третьей подгруппы с использованием трансабдоминального доступа составили 3 случая (7,3%). Поздние послеоперационные осложнения включили 4 случая (9,8%). В 2 случаях (5,9%) имел место рецидив заболевания и в 2 (5,9%) – наблюдались симптомы диспареунии и формирование стойкого болевого синдрома. Общее количество ранних и поздних послеоперационных осложнений при применении трансабдоминального доступа при пролапсе составило 7 случаев (17,1%). Таким образом, каждая шестая пациентка была в той или иной степени не удовлетворена результатами проведенной операции.

### ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование абдоминального хирургического лечения сочетанной патологии матки не теряет своей актуальности в связи с поздней диагностикой миомы матки

и ее большими размерами. Сравнительный анализ ранних и поздних осложнений свидетельствует об имеющихся резервах в снижении их частоты, особенно, у женщин старше 50 лет. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики оперативного лечения сочетанной патологии матки.

### Абдоминальне хірургічне лікування поєднаної патології матки В.А. Шамрай

Результати проведених досліджень свідчать, що використання абдоминального хірургічного лікування поєднаної патології матки не втрачає своєї актуальності у зв'язку з пізньою діагностикою міоми матки і її великими розмірами. Порівняльний аналіз ранніх і пізніх ускладнень свідчить про наявні резерви в зниженні їхньої частоти, особливо у жінок старше 50 років. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення тактики оперативного лікування поєднаної патології матки.

**Ключові слова:** поєднана патологія матки, хірургічне лікування.

### Abdominal surgical treatment of combination uterus pathologies V.A. Shamraj

Results of the spent researches testify that use abdominal surgical treatment combination pathology of uterus does not lose the urgency in connection with late diagnostics of a myoma of a uterus and its big sizes. The comparative analysis of early and late complications specifies in available reserves in decrease in their frequency of feature at women is more senior 50 years. The received results are necessary for considering by working out of tactics of operative treatment combination uterus pathologies.

**Key words:** combination uterus pathology, surgical treatment.

### Сведения об авторе

Шамрай Владимир Анатольевич – Винницкий областной клинический онкодиспансер, 21029, г. Винница, Хмельницкое шоссе, 84; тел.: (050) 505-58-51. E-mail: shamrayva@ukr.net

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамьян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2008. – 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постоварикомического синдрома в постменопаузальном периоде. Особенности метаболических изменений и их коррекция заместительной гормональной терапией / Л.В. Аккер, А.И. Гальченко, Т.С. Таранина // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 5. – С. 34–38.
3. Афанасьева А.А. Гистероскопический контроль терапии гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе / А.А. Афанасьева, В.А. Кулавский // Проблемы перименопаузального периода. – М., 2006. – С. 6–7.
4. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – СПб: Фолиант, 2009. – 542 с.

Статья поступила в редакцию 12.08.2013