

УДК 616.381-072.1; 618.14

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ МАТКИ

Л.С.АЛЕКСАНДРОВ, Н.В. ВЕДЕРНИКОВА, М.Н. ЖОЛОбОВА, А.И. ИЩЕНКО,  
В.А. ОСИПОВ, И.Б. РАННЕВ \*

Одним из важнейших показателей состояния здоровья населения является гинекологическая заболеваемость женщин. Общий уровень гинекологических заболеваний имеет тенденцию к значительному росту. За последние 10 лет заболеваемость половой системы у женщин увеличилась с 3,7% до 7,0%. Одно из основных мест в структуре гинекологической заболеваемости занимает доброкачественная патология матки (ДПМ), что определяет актуальность решения проблемы лечения этой категории больных. Несмотря на успехи современной гормональной терапии, хирургическое воздействие по-прежнему остается ведущим методом лечения ДПМ. Наиболее часто выполняемой гинекологической операцией является гистерэктомия с удалением или сохранением придатков. В России частота гистерэктомий составляет 32,5÷38,2% [1–7].

Использование лапароскопии и гистероскопии, как операционных доступов, позволило значительно снизить инвазивность операций и повысить эффективность лечения ДПМ. Несмотря на накопленный опыт выполнения лапароскопических гистерэктомий (ЛГ), по-прежнему неоднозначен поиск оптимальной методики выполнения операций и метода гемостаза; не решен вопрос о специфических показаниях и противопоказаниях, разноречивы данные по поводу осложнений ЛГ.

Для применения эндоскопических гистерэктомий у больных с ДПМ требуются научные обоснования преимуществ использования того или иного способа ЛГ. Все это определяет актуальность изучения проблемы и сопоставления эффективности различных методик ЛГ с учетом исходной патологии, возраста больных, наличия экстрагенитальной патологии и др.

**Цель работы** – снижение травматичности и улучшение отдаленных результатов оперативного лечения больных с ДПМ путем определения оптимальной методики ЛГ.

**Пациенты и методы.** Работа основана на итогах клинического обследования и хирургического лечения 120 больных с ДПМ, оперированных в отделении оперативной гинекологии клиники акушерства и гинекологии ММА им. И.М.Сеченова и во 2-ом гинекологическом отделении горбольницы №53, в период 1999÷2003 год. Из них 50 пациенткам была произведена интрафасциальная ЛГ, 30 – экстрафасциальная ЛГ и 40 – лапароскопически ассистированная влагалитная гистерэктомия.

Комплекс лечебных и диагностических мероприятий составили: а) детальное клиническое исследование с изучением анамнеза, особенностей менструальной и репродуктивной функций, б) трансвагинальное и трансабдоминальное УЗ-сканирование, в) гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание шейки матки и цервикального канала, г) лапароскопия, д) гистологическое исследование соскобов или макропрепаратов, удаленных во время операции.

При изучении клинических данных уделяли внимание перенесенным в прошлом соматическим и гинекологическим заболеваниям (в т.ч. потребовавшим хирургического вмешательства), длительности основного заболевания, особенностям предшествующей терапии. Трансвагинальное эхографическое исследование выполнялось с применением конвексных датчиков с частотой 5 МГц. При больших размерах матки осуществляли трансабдоминальное исследование на аппаратах с конвексными датчиками с частотой 3,5 МГц. Гистероскопия была проведена с помощью эндоскопиче-

\* Кафедра акушерства и гинекологии № 1 ММА им. И.М.Сеченова, клиническая больница № 53 г. Москва

ской техники фирмы «Karl Storz» (Германия), для растяжения полости матки использовали стерильные растворы *NaCl* (0,9%). В качестве анестезиологического пособия применяли внутривенный наркоз. Лапароскопию выполняли с помощью оборудования фирмы «Karl Storz» (Германия). Для наложения пневмоперитонеума использовали закись азота. В качестве анестезиологического пособия во время операции использовали только эндотрахеальный наркозом. Длительность операции определяли как время между началом разреза и окончанием наложения последнего шва на рану. Интраоперационную кровопотерю в I и II группах определяли по объему крови, аспирированному отсосом. Для определения величины кровопотери в ходе операции в III группе использовали гравиметрический метод.

Контроль эффективности лечения вели при динамическом обследовании больных. После операции отслеживали течение раннего послеоперационного периода по скорости нормализации клинико-лабораторных показателей и частоте возникновения осложнений. Отдаленные результаты радикального хирургического лечения ДПМ оценивались на базе периодических клинических осмотров и диагностических методов, в т.ч. традиционного гинекологического и УЗИ. Анализировали жалобы больных, поздние послеоперационные осложнения, период нетрудоспособности. Динамическое наблюдение составило от 6 месяцев до 4 лет. В сроки от 1 года до 4 лет после операции изучалось качество жизни 63 женщин, перенесших гистерэктомию путем анкетирования, разработанного отделом медико-социальных исследований ГУ НЦ АГиП РАМН.

**Результаты.** 120 женщин с ДПМ были разделены на 3 группы: в I группу вошли 50 пациенток, которым была произведена интрафасциальная ЛГ (ИЛГ); во II группу – 30 больных, которым была произведена ЛГ экстрафасциальным методом (ЭЛГ); в III группу – 40 пациенток, перенесших лапароскопически ассистированную влагалищную гистерэктомию (ЛАВГ). Возраст обследованных женщин составил 31÷63 лет и в среднем  $47,3 \pm 7,7$  года. Чаще радикальному хирургическому лечению подвергались женщины с ДПМ на 5-м десятилетии жизни. При этом треть больных находилось в позднем репродуктивном периоде (33,3%),  $>1/2$  – в пременопаузальном (53,3%) и каждая 7-я женщина – в постменопаузальном периоде (13,3%).

При анализе анамнеза выявлено, что для всех групп характерно наличие неблагоприятного преморбидного фона, особенно в отношении перенесенных ранее инфекционных (82,5%) и соматических заболеваний. Оперативные вмешательства в анамнезе имелись у 46% пациенток. Наиболее распространенными, перенесенными ранее операциями у обследованных были аппендэктомия (21,7%), тонзилэктомия (15,8%), секторальная резекция молочной железы (5,8%) и холецистэктомия (2,5%). Перенесенные ранее экстрагенитальные заболевания и операции во всех группах встречались ~с одинаковой частотой.

Наиболее часто среди перенесенных гинекологических заболеваний у обследованных встречались доброкачественная патология шейки матки и заболевания воспалительной этиологии, среди которых преобладали сальпингоофорит и эндометрит. Более 20% больных в группах ИЛГ и ЭЛГ подвергались ранее гинекологическим и акушерским лапаротомическим операциям, включая оперативные вмешательства на придатках матки в связи с кистами и кистами яичников, внематочной беременностью, органосохраняющих вмешательствах при миоме матки, кесаревым сечением. У больных в группе ЛАВГ частота перенесенных операций на малом тазу была достоверно ниже (15,0%), чем в группах ИЛГ (24,0%) и ЭЛГ (23,3%). Почти у каждой 4-й больной во всех группах ранее была выполнена диатермокоагуляция или лазервапоризация псевдоэрозии шейки матки.

Среди сопутствующей экстрагенитальной патологии у обследованных преобладали сердечно-сосудистые заболевания (49,2%), среди которых наиболее часто встречались гипертоническая болезнь и варикозное расширение вен нижних конечностей. У

46 (38,3%) пациенток были выявлены заболевания органов пищеварения, в т.ч. язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии ремиссии, хронический гастрит и холецистит. Частота выявленных заболеваний органов дыхания, (хронический бронхит, хроническая пневмония, бронхиальная астма и хронический ларингит) составила 16,7%. Более четверти больных во всех группах (28,3%) страдали нарушением жирового обмена и имели избыточную массу тела.

При изучении менструальной функции пациенток выяснено, что возраст наступления менархе у них варьировался от 10 до 16 лет и составил в среднем  $12,6 \pm 0,6$  лет. Длительность менструального кровотечения у 90,8% пациенток составляла  $\geq 5$  дней, а у 28,3% больных в группах -  $> 6$  дней. Средний возраст менархе, длительность менструального цикла и менструации в группах статистически не отличались.

У 94,2% женщин репродуктивная функция была реализована. В группе ЛАВГ доля рожавших и много рожавших, среднее число беременностей ( $5,3 \pm 1,6$ ) и родов ( $2,1 \pm 0,7$ ) превышали показатели в группах ИЛГ ( $3,3 \pm 1,2$  и  $1,2 \pm 0,6$  соответственно) и ЭЛГ ( $3,6 \pm 1,1$  и  $1,3 \pm 0,6$  соответственно), а частота перенесенных гинекологических чревосечений была статистически значимо ниже. Это дает возможность утверждать, что большее число родов и отсутствие в анамнезе лапаротомических вмешательств на тазовых органах являются факторами, оказывающими влияние на преимущественный выбор ЛАВГ у больных с ДПМ.

Основными жалобами и симптомами у больных были болевые ощущения внизу живота, гиперполименорея и менометроррагии. Более 50% пациенток, находившихся под нашим наблюдением, ощущали тяжесть и периодические боли в нижних отделах живота. Более 70% больных с ДПМ отмечали чрезмерно обильные и длительные менструации, нерегулярные менструации, переходящие в кровотечения или ациклические маточные кровотечения. Гиперполименорея и менометроррагии в 26,7–28,0% случаев (то есть у каждой 3-й пациентки, предъявлявшей жалобы на обильные менструальные кровотечения) приводили к возникновению постгеморрагической анемии и вторичной симптоматике: слабости, быстрой утомляемости, головокружениям и т.д. У 15,0–16,6% больных наблюдались симптомы нарушения функции соседних органов, в большинстве своем – мочевого пузыря. У 3,3–5,0% больных ДПМ не имела симптоматики.

По результатам влагалищных исследований, размеры матки у всех обследованных пациенток  $\geq 6$  недель беременности, и почти у четверти больных  $\sim 12$  недель. Средние значения размеров матки в группе ЛАВГ были статистически значимо меньше, чем в группах ЛГ: в группе ЛАВГ ср. размеры матки составили  $8,8 \pm 3,1$ , в группе ИЛГ –  $10,9 \pm 2,8$ , а ЭЛГ –  $11,2 \pm 2,9$  недель.

В качестве показаний к операции считали повторяющиеся менометроррагии (73,3–76,0%), приводящие к возникновению анемии, боли в животе (50,0–55,5%) и нарушения функций соседних органов (15,0–16,6%). Более чем у 60% больных показания к операции были сочетанными, т.е. имелось  $> 2$  факторов, определявших необходимость хирургического лечения. Основное место среди показаний к операции во всех группах занимали миомы матки в сочетании с патологией эндометрия (30,0–34,0%) или в сочетании с аденомиозом и патологией эндометрия (20,0–22,5%), а также узловые и диффузные формы аденомиоза в сочетании с патологией эндометрия (28,0–33,3%). Изолированные заболевания (миома матки и аденомиоз без сопутствующей гинекологической патологии) явились показаниями к оперативному лечению только в 5% и 3,3% случаев. Патологические изменения эндометрия подтверждены морфологически при анализе биоптатов у 101 больной (84,2%). У всех выявлена доброкачественная патология шейки матки (ретенционные кисты  $\leq 25\%$ , посткоагуляционный синдром  $> 20\%$ ). В группе ЛАВГ доброкачественная патология шейки матки встречается чаще (42,5%), чем в группах ИЛГ (28%) и ЭЛГ (30%). Сопутствующий пролапс гениталий и изменение состояния мышц тазового дна отмечены у 47,5%

больных при выполнении гистерэктомии в группе ЛАВГ – статистически значимо больше, чем в группе ИЛГ (4%) и ЭЛГ (6,7%).

Оценка результатов хирургического лечения 120 больных с ДПМ и сравнение эффективности трех исследуемых методик гистерэктомий (ИЛГ, ЭЛГ, ЛАВГ) проведены на основе анализа основных параметров течения и осложнений лапароскопических операций, клинико-лабораторных показателей и течения раннего послеоперационного периода, ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения. По всем трем параметрам – длительности операции, объему кровопотери и числу интраоперационных осложнений – методика ИЛГ является более эффективной. Длительность операции в группе ИЛГ –  $55 \div 180$  минут – в среднем  $95,8 \pm 24,61$  минуты, что было статистически значимо меньше, чем в двух других группах. В группе ЭЛГ средняя длительность операции равнялась  $117,7 \pm 34,63$  минут, а для группы ЛАВГ –  $104,8 \pm 13,79$  минут.

Объем интраоперационной кровопотери составил  $100 \div 800$  мл во всех группах. В группе ИЛГ этот показатель равен  $100-450$  мл, в среднем  $162,4 \pm 60,86$  мл, что достоверно меньше, чем в прочих группах. У перенесших ЭЛГ средний объем кровопотери равен  $211,7 \pm 99,62$  мл ( $100 \div 600$  мл), а у пациенток, оперированных ЛАВГ, он составил  $249,5 \pm 115,81$  мл ( $150 \div 800$  мл).

Интраоперационные осложнения в ходе выполненных 120 операций были в 7 случаях (5,8%): в группе ИЛГ – у 4% оперированных, ЭЛГ – у 10%; ЛАВГ – 5,0%. Все осложнения ИЛГ были связаны с кровотечением из сосудов параметральной клетчатки, а в группах ЭЛГ и ЛАВГ встречались более серьезные осложнения: ранение мочеочника и мочевого пузыря (в группе ЭЛГ – 3,3%) ранение мочеочника, в группе ЛАВГ – ранение мочевого пузыря (2,5%).

В 28 случаях у пациенток величина матки была около 12 недель беременности. Масса удаляемой матки являлась фактором, приводившим к увеличению длительности всех трех методик ЛГ. Связано это с тем, что наличие матки массой  $>400-450$  г, как правило, требовало проведения ее морцелляции – процедуры довольно длительной, которая у ряда больных занимала  $> \frac{1}{2}$  общего времени вмешательства и в среднем приводила к росту длительности операции на  $41,3 \pm 13,7$  минут. Длительность вмешательства также достоверно коррелировала с наличием сопутствующих операций (удаление придатков матки, удаление маточных труб, разделение спаек, передняя кольпо- и кольпоперинеоррафия). Во всех группах обнаружена прямая зависимость: в группе ЛАВГ коэффициент корреляции составил 0,62 ( $P < 0,05$ ), в группе ИЛГ – 0,41 ( $P < 0,05$ ), а в группе ЭЛГ – 0,37, ( $P < 0,05$ ). Во всех группах ЛГ не выявлено корреляции между наличием ожирения и длительностью операции ( $P > 0,05$ ).

Объем интраоперационной кровопотери при ИЛГ и ЭЛГ не зависел от длительности операции. Уменьшению кровопотери при лапароскопических операциях способствовал тампонирующий эффект пневмоперитонеума и точечный безотлагательный гемостаз даже мелких источников кровотечения. Большую часть общей длительности лапароскопической операции занимало время на фрагментацию и извлечение матки из брюшной полости – этап, не сопровождавшийся какой-либо кровопотерей.

При анализе раннего послеоперационного периода уже с первых суток после хирургического вмешательства больные были активны. По сравнению с данными предоперационных анализов крови во всех группах исследования средние уровни гемоглобина снизились незначительно. Это позволяет сделать вывод о том, что проведение всех видов ЛГ не ведет к возрастанию анемии в связи с небольшим объемом кровопотери в ходе операций. На третьи сутки послеоперационного периода по данным клинических анализов крови не было отмечено нарастания лейкоцитоза и сдвигов в лейкоцитарной формуле. Изменения в системе гемостаза находились в пределах физиологической нормы и не требовали медикаментозной коррекции.

В течение первых трех суток после гистерэктомии у 10,8% оперированных женщин наблюдались дизурические явления, проявлявшиеся жжением во время мочеиспускания и болезненностью в области мочевого пузыря (статистических различий между группами не выявлено,  $P > 0,05$ ). Эти изменения носили преходящий характер и не сопровождалась изменениями в анализах мочи. На 5–6 сутки послеоперационного периода дизурические явления исчезали. Послеоперационный койко-день равен  $5 \div 19$  дней (в среднем –  $8,3 \pm 3,3$  дня), при этом длительность послеоперационного пребывания в стационаре достоверно различалась. После операции в группе ИЛГ она была статистически значимо короче ( $7,6 \pm 2,6$ ), чем в других группах, а послеоперационный койко-день в группе ЭЛГ ( $8,1 \pm 2,7$ ), в группе ЛАВГ ( $9,1 \pm 3,1$ ).

В отдаленные сроки после хирургического вмешательства ни у одной из оперированных не было серьезных осложнений гистерэктомии. Поздние послеоперационные осложнения наблюдались у 13 (10,8%) оперированных. В 4-х случаях пациентки предъявляли жалобы на тазовые боли и психо-эмоциональные расстройства. У троих женщин обнаружены признаки спаечного процесса. У двух больных в группе ЛАВГ обнаружено наличие грануляций в куполе влагалища, которые были удалены в амбулаторных условиях. Частота возникновения поздних послеоперационных осложнений в группе ИЛГ была статистически значимо ниже, составив 6,0%, чем в группах ЭЛГ и ЛАВГ (16,7% и 12,5% соответственно). Методика интрафасциальной гистерэктомии наиболее безопасна с точки зрения вероятности возникновения послеоперационных осложнений.

При оценке качества жизни больных, перенесших гистерэктомию выяснено, что сниженная до операции физическая активность больных после нее улучшалась. Восстановление физической силы и выносливости происходило быстрее у больных, перенесших ЛГ. Гистерэктомия, каким бы способом она не была произведена, не оказывала отрицательного влияния на психический статус женщин. Социальное и ролевое функционирование больных после гистерэктомии значительно не менялось. Более быстрое восстановление межличностных контактов, социальных связей, улучшение отношений в семье и на работе происходило у пациенток после лапароскопических операций. Гистерэктомия не вызывала длительных нарушений сексуального поведения женщин. Изменения в сексуальном поведении, возникавшие сразу после операции, постепенно исчезали по мере увеличения срока от момента операции.

Анализ результатов оперативного лечения женщин с ДПМ показал, что способ интрафасциальной экстирпации матки – наиболее щадящий среди исследуемых ЛГ и осуществляется с сохранением ангиоархитектоники и фасциальных структур малого таза. Применение этого метода сокращает продолжительность операции, снижает объем кровопотери, позволяет снизить интра- и послеоперационные осложнения, сокращает срок пребывания в стационаре и их нетрудоспособность, что имеет социально-экономический эффект.

Применение методик экстрафасциальной экстирпации матки и ЛАВГ не потеряло своей актуальности. ЛАВГ следует использовать у рожавших женщин с относительно подвижной маткой, а также у больных, имеющих сопутствующую доброкачественную патологию шейки матки и (или) пролапс гениталий. Большие размеры матки являются ограничением для применения ЛАВГ. При размерах матки ~12 недель беременности, надо использовать ИЛГ. Таким образом, каждая из методик гистерэктомий имеет свои показания, соблюдение которых способствует результативности оперативного лечения ДПМ.

### **Литература**

1. *Ищенко А.И.* Новые технологии и малолоинвазивная хирургия в гинекологии.– М., 2004.– 133 с.
2. *Ищенко А.И. и др.* // Пробл. хир. в акуш-ве и гинекол.– М., 1995.– С.186–187.

3. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопия в гинекологии.– М.,1997.
4. Попов А.А. и др. // Акуш-во и гинекол.– 1996.– № 5.– С.33–36.
5. Liv C. // J. Report. Med.– 1992.– Vol 37.– P.351–354.
6. Lyons T.L. // Obstet Gynecol. Clin North Am.– 2000, Jun.– Vol. 27(2).– P. 441–450.
7. Parker W.H. // Obstet Gynecol. Clin North Am.– 2000, Jun.– Vol. 27(2).– P. 431–439.

DIFFERENTIAL APPROACHES TO LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY IN TREATMENT  
OF NON-MALIGNANT PATHOLOGY OF THE UTERUS

A.I. ISHCENKO, N.V. VEDERNIKOVA, M.N. JOLOBOVA, L.S. ALEXANDROV,  
V.A. OSIPOV, I.B. RANNEV

**Summary**

The laparoscopic assisted hysterostomy of the uterus should be used in puerperas women with non-malignant pathology of neck of the uterus and prolapsis of genitals. The big sizes of the uterus are a restriction for use of laparoscopic assisted hysterostomy of the uterus. The sizes of the uterus in time of 12 weeks of pregnancy should be used the intra-fascial the laparoscopic extirpation of the uterus.

**Key words:** aparoscopic assisted hysterostomy