

УДК 618.14-006-089.87-053.8:615.472

© К. В. Чайка, 2011.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

К. В. Чайка

*Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО (зав. кафедрой – проф. В. К. Чайка),
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк.*

NEW TECHNOLOGIES APPLICATION OF DURING CONSERVATIVE MYOMECTOMY AT THE REPRODUCTIVE AGE WOMEN

K. V. Chayka

SUMMARY

The aim of this work was evaluation of efficacy organ-saved surgical treatment in women of reproductive age with myoma. New technic of conservative myomectomy has been applied. Sterile bioplastic collagenic material has been used. It has been established that this modified surgical method has reduced duration of interference, haemorrhage volume and frequency of intra and postoperative complications.

ВИКОРИСТАННЯ НОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ КОНСЕРВАТИВНІЙ МІОМЕКТОМІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

К. В. Чайка

РЕЗЮМЕ

Метою роботи є перевірка ефективності органозберігаючого хірургічного лікування пацієнток з міомою матки репродуктивного віку. Удосконалена методика операції консервативної міомектомії за рахунок стерильного біопластичного колагенового матеріалу зі збереженою волокнистою структурою. Запропонована модифікація методики консервативної міомектомії істотно знижує тривалість оперативного втручання, об'єм крововтрати, термін перебування хворих в стаціонарі, зменшує частоту інтра- і післяопераційних ускладнень.

Ключевые слова: миома матки, консервативная миомэктомия, «Коллост»: регенерирующая мембрана, гель, жгут.

Миома матки относится к наиболее часто встречающейся доброкачественной опухоли половых органов у 25,0% женщин старше 30 лет [1, 2, 8]. Частота ее, по данным разных авторов, колеблется от 24,0 до 50,0% [2, 7]. На актуальность клинической проблемы указывает то, что в настоящее время по поводу миомы матки выполняется до 50,0-70,0% оперативных вмешательств в гинекологических стационарах [4, 6]. Отмечено, что данной патологией все чаще страдают женщины молодого репродуктивного возраста. В настоящее время вопрос о роли миомы матки в генезе бесплодия является дискуссионным. Однако, у многих (до 20,0%) женщин, страдающих бесплодием, миома матки является единственной патологией репродуктивной системы [3]. Предполагают, что миома и бесплодие возникают в результате однотипных нейроэндокринных изменений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой и надпочечниковой системах.

В настоящий момент консервативная миомэктомия преимущественно выполняется молодым, не рожавшим женщинам и/или желающим сохранить репродуктивную функцию. Хорошие результаты консервативной миомектомии безусловно в наибольшей степени зависят от квалификации хирурга, однако не

меньшее значение имеют и особенности применения различных инновационных технологий, способствующих благоприятному исходу. Консервативная миомэктомия относится к категории пластических операций.

Хорошо известно, что в исходе консервативной миомектомии необходимо сформировать анатомически правильную матку, способную выполнять все свои функции, включая детородную [1, 5, 7].

Цель работы: повысить эффективность органосохраняющего хирургического лечения пациенток с миомой матки репродуктивного возраста путем усовершенствования методики операции – применения регенерирующего белкового субстрата «Коллост», который применялся различными способами в зависимости от локализации миоматозного узла.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Особенность предложенного усовершенствования методики консервативной миомектомии ведет к улучшению заживления, укреплению рубца на матке, путем формирования своеобразного каркаса за счет стерильного биопластического колагенового материала с полностью сохраненной волокнистой структурой, обеспечивающий регенерацию пора-

женных тканей. «Коллост» характеризуется высокими показателями стабильности и является матрицей для направленной тканевой регенерации и имеет три модификационные формы в виде мембраны, жгута и геля.

Методика заключается в следующем. После вхождения в брюшную полость – ревизия органов малого таза: оценивались размеры матки, расположение узлов, их количество. Затем удалялись узлы, и оценивалось «ложе узла» для формирования рубца. «Ложе узла» обрабатывалось 3% р-ром перекиси водорода, и формировался рубец следующим образом: при наличии субсерозного узла с «поверхностным» повреждением миометрия проводилась коагуляция ложа, и укладывались мембраны «Коллоста» на ложе. Если узлы были интерстициальные и/или субмикозные, то «ложе узла» ушивалось – предварительно в него укладывалась либо мембрана, либо жгут «Коллост», между лигатурами в «пустоты» послеоперационной раны вводился гель «Коллост». Такая тактика с учетом локализации миоматозных узлов и формы белкового субстрата «Коллост» дает возможность дополнительно укрепить дефект на матке после консервативной миомэктомии.

На базе гинекологического отделения Донецкого регионального центра охраны материнства и детства 68 женщинам репродуктивного возраста (от 18 до 39 лет) с миомой матки была произведена консервативная миомэктомия. Средний возраст оперированных женщин составил $32,1 \pm 2,3$ года. Всем пациенткам проведено традиционное клинико-лабораторное обследование.

Привычным невынашиванием беременности страдали 14,0%, первичным бесплодием – 32,0% женщин, вторичным – 54,0%. Единственной жалобой у 25,5% женщин являлось отсутствие беременности в течение 1-13 лет регулярной половой жизни без использования контрацепции. 23,0% пациенток предъявляли жалобы на боли в нижних отделах живота, 48,5% отмечали нарушение менструального цикла (альгодисменоррея, меноррагия). Единичные миоматозные узлы выявлены у 31,5% пациенток, множественные (от 2 до 28) обнаружены у 68,5% женщин. Показанием к оперативному лечению у всех пациенток являлись быстрый рост узлов (28,0%) и менометроррагии (17,5%), привычное невынашивание беременности и бесплодие, неэффективность проведения консервативной терапии в анамнезе.

Основную группу составили 32 пациентки, которым консервативная миомэктомия произведена по предложенной модифицированной методике. В группу сравнения вошли 36 пациенток, которым консервативная миомэктомия произведена традиционно. Контроль эффективности предложенной модифицированной методики операции проводился путем оценки показателей, несомненно, влияющих на результаты лечения: длительность операции и объем

кровопотери, наличие гемотрансфузии, количество проведенных койко-дней, осложнений в послеоперационном периоде и состояние послеоперационного рубца (рубцов) на матке.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе проведенной работы получены следующие результаты. При анализе времени оперативного вмешательства в группах исследуемых женщин было выявлено статистически достоверное ($p < 0,05$) сокращение длительности операции у пациенток основной группы. Длительность операции с использованием предложенной модифицированной методики составляла, в среднем, $39,90 \pm 8,25$ минут. В группе пациенток, которые были прооперированы по традиционной методике, средняя длительность оперативного вмешательства составляла $76,11 \pm 9,12$ минут.

При анализе средней кровопотери в группах исследуемых женщин было выявлено статистически достоверное ($p < 0,01$) ее снижение у пациенток основной группы – $127,2 \pm 11,2$ мл, а в группе сравнения – $340,3 \pm 21,2$ мл. Интраоперационно гемотрансфузия в основной группе проводилась в 3 (9,3%) случаях, а в группе сравнения – в 8 (22,0%). При оценке лабораторных показателей крови в пред- и послеоперационном периодах регистрировалось статистически достоверное снижение гематокрита в послеоперационном периоде у женщин, которые были прооперированы по традиционной методике. Также нами отмечено сокращение сроков госпитализации пациенток в основной группе с применением предложенной методики. Средний койко-день у пациенток основной группы составлял $4,74 \pm 1,12$ дней, у пациенток группы сравнения – $7,34 \pm 1,25$ дней.

Следует отметить, что ни в одном случае в основной группе женщин не выявлено образование послеоперационных гематом. В группе пациенток, прооперированных по традиционной методике, указанное послеоперационное осложнение диагностировано у 2-х пациенток (5,6%), также у 7 (19,4%) пациенток группы сравнения была повышенная кровопотеря по дренажам из полости матки в послеоперационном периоде.

На момент исследования беременность наступила в основной группе у 27 (84,3%) женщин, а в группе сравнения – у 18 (50,0%).

Состояние миометрия в области рубцов мы смогли оценить в обеих группах во время кесарева сечения: в основной группе – у 17 пациенток и у 9 – в группе сравнения. Отличительной особенностью миометрия в области рубцов после консервативной миомэктомии по разработанной нами методике были гипертрофия и гиперплазия миометрия с формированием «мощного каркаса» в отличие от обычной методики, после которой в некоторых случаях миометрий был истончен стяжением ткани и был неокрепшим.

Таким образом, применение методик по укреплению шва регенерирующим белковым субстратом «Коллост» во время консервативной миомэктомии у женщин в прегравидарном периоде показало их эффективность, отсутствие осложнений, уменьшение длительности операции и уменьшение кровопотери, а также состоятельность швов во время вынашивания планируемой беременности.

ВЫВОДЫ

Предложенная модификация методики консервативной миомэктомии путем применения различных форм белкового субстрата «Коллост» укрепляет рубец, формирует его каркас и существенно снижает длительность оперативного вмешательства, объем кровопотери, срок пребывания больных в стационаре, уменьшает частоту интра- и послеоперационных осложнений, что обуславливает целесообразность его применения в практической оперативной гинекологии при выполнении органосохраняющей операции на матке, особенно в период прегравидарной подготовки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М. Руководство по эндокринной гинекологии / Вихляева Е. М. – М.: МИА, 2000. – 765 с.
2. Демина Л. М. Отдаленные результаты консервативной миомэктомии: дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Демина Л. М. – М., 2001. – 143 с.
3. Ищенко А. И. Лапароскопическая миомэктомия / А. И. Ищенко, Е. А. Кудрина, В. И. Ланчинский // Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии; под ред. И. И. Ищенко И.И. – 2004. С. 48–56.
4. Ищенко А. И. Хирургическое лечение миомы матки: лапароскопия или минилапаротомия? Проблемы и перспективы / А. И. Ищенко, В. И. Ланчинский // Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. – М., 2002. – С. 70–72.
5. Краснопольская К. В. Использование ЭКО и ПЭ у больных миомой матки небольших размеров / К. В. Краснопольская, Л. Г. Сичинава, А. С. Калугина // Акушерство и гинекология. – 2000. № 1. – С. 56–58.
6. Ланчинский В. И. Современные представления об этиологии и патогенезе миомы матки / В. И. Ланчинский, А. И. Ищенко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003. – Т. 2, № 5–6. – С. 64–69.
7. Савицкий Г. А. Лейомиома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии / Савицкий Г. А. – СПб., 2000. – 236 с.
8. Тихомиров А. Л. Патогенетическое обоснование ранней диагностики, лечения и профилактики миомы матки : дис. ... доктора мед. наук : 14.00.01 / Тихомиров А. Л. – М., 1998. – 203 с.
9. Эхографические и морфологические параллели в диагностике эпителиоидной лейомиомы матки / Е. В. Федорова, А. Д. Липман, А. И. Ищенко [и др.] // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2001. – № 4. – С. 46–51.