

13. *Bisbocci D. et al.*//Ann. Ital. Med. intern.—1993.— Vol. 8.— P. 224—227.
14. *Blockey N. J. et al.*//J. Bone Jt. Surg.—1986.— Vol. 68.— P. 791—794.
15. *Boyce et al.*//J. Clin. Pathol.—1992.— Vol. 45.— P. 502—509.
16. *Bosnjakovic-Büscher S. et al.*//Radiologie.—1986.— Bd. 26.— S. 580—586.
17. *Brickman A. S. et al.*//Kidney int.—1973.— Vol. 4.— P. 161—167.
18. *Charhon S. A. et al.*//Presse méd.—1986.— Vol. 15.— P. 55—61.
19. Chronic renal insufficiency: when refer//Scott. med. J.—1992.— Vol. 37.— P. 163.
20. *Coe J. D. et al.*//J. Bone Jt. Surg.—1986.— Vol. 68.— P. 982—990.
21. *Drücke T. et al.*//Dtsch. med. Wschr.—1982.— H. 34.— S. 1259—1262.
22. *Duncan I. S. et al.*//Ann. Rheum. Dis.—1990.— Vol. 49.— P. 378—383.
23. *Eastwood J. B. et al.*//Kidney int.—1973.— N 4.— P. 128—140.
24. *Freemont A. J.*//Ann. Rheum. Dis.—1986.— Vol. 45.— P. 349.
25. *Goodhue W. W. et al.*//J.A.M.A.—1972.— Vol. 221.— P. 911—912.
26. *Grando A. et al.*//Hosp. Gen. (Madrid).—1973.— Vol. 13.— P. 327—332.
27. *Greenfield G. B.*//J. Roentgen.—1972.— Vol. 116.— P. 749—757.
28. *Griffith H. J. et al.*//Radiology.—1973.— Vol. 109.— P. 227—283.
29. *Grossman I. et al.*//Dtsch. Gesundh.—Wesen.—1982.— H. 45.— S. 1921—1922.
30. *Hadjipavlou A. et al.*//J. Bone Jt. Surg.—1988.— Vol. 70.— A.— P. 119—122.
31. *Harrell R. M. et al.*//J. clin. Invest.—1985.— Vol. 75.— P. 1858—1868.
32. *Huau J. P. et al.*//Arthr. Rheum.—1985.— Vol. 28.— P. 1075—1076.
33. *Hurst N. P. et al.*//Ann. rheum. Dis.—1989.— Vol. 48.— P. 409—421.
34. *Jowsey J.*//Arch. Intern. Med.—1969.— Vol. 124.— P. 539—543.
35. *Krempien B.*//Z. Orthop.—1972.— Bd. 110.— S. 25—34.
36. *Lange H. et al.*//Urologie (Berlin).—1971.— Bd. 11.— S. 175—179.
37. *Laroche M. et al.*//Clin. Rhum.—1993.— Vol. 12.— P. 192—197.
38. *Mayet W.-J. et al.*//Z. Ehenmatol.—1991.— Bd. 50.— S. 305—313.
39. *Malluche H. et al.*//J. Clin. Invest.—1979.— Vol. 63.— P. 494—500.
40. *Marichal J. F. et al.*//Presse méd.—1988.— Vol. 17.— P. 1265—1266.
41. *Metselaar H. J. et al.*//Acta orthop. scand.—1985.— Vol. 56.— P. 413—415.
42. *Netter P. et al.*//Ann. rheum. Dis.—1990.— Vol. 49.— P. 573—576.
43. *Norfray J. et al.*//Amer. J. Roentgenol.—1975.— Vol. 49.— P. 352—358.
44. *Oppenheim W. I. et al.*//J. Bone Jt. Surg.—1989.— Vol. 71.— P. 446—452.
45. *Patton P. R. et al.*//Surgery.—1988.— Vol. 103.— P. 63—68.
46. *Pinuggera W. F. et al.*//J.A.M.A.—1972.— Vol. 222.— P. 1640—1642.
47. *Piraino B. M. et al.*//Mineral Electrol. Metabol.—1986.— Vol. 12.— P. 390—396.
48. *Puhtvers E. et al.*//Z. Orthop.—1985.— Bd. 123.— S. 733—734.
49. *Richards P. et al.*//Lancet.—1972.— Vol. 2.— P. 994—997.
50. *Ritz E. et al.*//Med. Velt.—1973.— Bd. 24.— S. 517—523.
51. *Rubinovitsh M. et al.*//Clin. Orthopad.—1988.— Vol. 237.— P. 264—270.
52. *Savoy G. M. et al.*//Amer. J. Surg.—1973.— Vol. 126.— P. 755—757.
53. *Scheumann G. F. W. et al.*//Arch. Orthop. Traum. Surg.—1991.— Vol. 110.— P. 93—98.
54. *Seibel M. J. et al.*//Klin Labor.—1993.— Bd. 39.— S. 341—346.
55. *Seyfert U. T. et al.*//Lancet.—1987.— Vol. 2.— P. 456.
56. *Shapiro R.*//Radiol. Clin. N. Amer.—1972.— Vol. 10.— P. 557—568.
57. *Solé M. et al.*//Virchows Arch.—1990.— Vol. 47.— P. 523—529.
58. *Sulyok B. et al.*//Magy. Traum. Orthop.—1985.— T. 28.— C. 325—330.
59. *Swart H. A.*//J. Bone Jt. Surg.—1930.— Vol. 12.— P. 876—890.
60. *Tantschew P. et al.*//Bwtr. Pathop. Traumatol.—1984.— Bd. 31.— S. 344—350.
61. *Tatler G. L. V. et al.*//Brit. med. J.—1973.— Vol. 4.— P. 315—319.
62. *Teitelbaum S. L.*//Hum. Pathol.—1984.— Vol. 15.— P. 306—323.
63. *Teitz C. C. et al.*//Clin. Orthopaed.—1985.— Vol. 198.— P. 197—200.
64. *Vernojoul de M.-C.*//Rev. Prakt. (Paris).—1990.— Vol. 40.— P. 613—618.
65. *Zichner L.*//Orthopäde.—1988.— Bd. 17.— S. 440—446.

Поступила 12.04.95.

УДК 618.4—006.36—089.844

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ

С. К. Володин, Н. Л. Капелюшник

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Н. Л. Капелюшник)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Пристальное внимание исследователей к такому заболеванию, как миома матки, обусловлено ее значительным распространением [1, 30] и возможными осложнениями после хирургического лечения [7, 10]. Несмотря на проводимую консервативную терапию, у 75% больных с миомой матки возникает необходимость в радикальном вмешательстве [21, 37]. И хотя основным методом лечения этой патологии остается операция, до настоящего време-

ни не существует единого взгляда относительно ее рационального объема.

При выборе между надвлагалищной ампу- тацией и экстирпацией матки в первую оче- редь руководствуются статистическими дан- ными о частоте сопутствующих развитию ми- омы злокачественных поражений различных от- делов женской половой сферы [11, 18]. Ме- тоды оперативных вмешательств описаны в известном руководстве [22]. Существует мие-

ние, что в репродуктивном возрасте операциями выбора по поводу миомы матки с учетом факторов онкологического риска при отсутствии онкологической патологии шейки матки, маточных труб и яичников являются консервативно-пластические вмешательства, в пременопаузе — надвлагалищная ампутиация матки с оставлением труб и яичников, в постменопаузе — экстирпация матки с придатками [11, 33, 35]. Статистические данные свидетельствуют о более частом использовании при миоме матки надвлагалищной ампутиации [10, 32].

В последние годы в оперативной гинекологии все более отчетливо прослеживается тенденция к функциональной хирургии. Разработаны различные модификации консервативно-пластических и реконструктивно-пластических операций при миоме матки. Эти операции направлены на максимальное сохранение специфических функций женского организма — менструальной и генеративной, однако удельный вес консервативной миомэктомии еще невелик [2, 23].

Положительные результаты консервативно-пластических операций при миоме матки широко освещены в литературе [3, 23, 29]. Наряду с этим описаны рецидивы миомы матки [5], отмечена высокая частота осложнений как во время беременности, так и в родах у женщин, перенесших реконструктивно-пластические операции по поводу миомы матки. Высока частота послеоперационных воспалительных осложнений, нарушающих процесс формирования полноценного рубца на матке и сопровождающихся развитием спаечного процесса в малом тазу [2, 3].

Существуют терминологические проблемы современной функциональной хирургии матки при миоме. Г. А. Савицкий [26] предлагает следующую функциональную классификацию.

Класс I. Лоскутная ампутиация тела матки.

Класс II. Типичные горизонтальные резекции матки.

Класс III. Атипичные горизонтальные резекции матки.

Класс IV. Вертикальные межпридатковые клиновидные резекции тела матки.

Класс V. Миомэктомия.

Представленная классификация получила одобрение [16], однако до настоящего времени сохраняются описания различных модификаций, приведенных в руководствах по оперативной гинекологии.

Надвлагалищная ампутиация матки с сохранением или удалением придатков является наиболее распространенной операцией у больных с миомой матки. Ее частота достигает в различных клиниках 47,8—87,7% [10, 18, 37]. Однако после надвлагалищной ампутиации или экстирпации матки без придатков часто возникают симптомы выпадения функции яичников. Такие осложнения развиваются в 4—83% случаев [36] и объясняются прежде всего нарушением кровообращения яичников [24, 38]. В этом плане особенно опасны пересечение собственных связей яичника и нарушение анастомозов яичниковой и маточной артерий [3, 6]. Клиническая картина при этом выражается развитием вегетоневротических [9, 27] и обменно-эндокринных нарушений [4], снижением интегративной деятельности мозга [17] и физической работоспособности [14, 28].

Представлена частота симптомов, явившихся

следствием угасания функции яичников после гистерэктомии без придатков у женщин до 40 лет: головокружение — у 23,8%, бессонница — у 22%, депрессия — у 27,4%, нервозность — у 43,9%, раздражительность — у 44,5%, страх — у 24,4%, сердцебиение — у 30,5%, головная боль — у 33,5%, боли в суставах — у 18,9%, в мышцах — у 12,2%, прибавление в массе тела, выпадение волос, жирная кожа, сухость во рту — у 21,4% [36]. Описаны также тяжелые посткастрационные синдромы [11, 25].

Таким образом, при отсутствии эффекта от консервативной терапии миомы матки, подтвержденного объективными тестами состояния адаптации организма [19] и противопухолевой резистентности, показано хирургическое лечение. Однако до настоящего времени актуальна проблема поиска рационального хирургического лечения миомы матки с четкой оценкой послеоперационного прогноза, исключающего развитие тяжелых послеоперационных осложнений.

Данные литературы свидетельствуют о продолжающихся исследованиях, посвященных изучению последствий хирургического лечения миомы матки. Возникающие осложнения связаны не только с объемом и характером оперативного вмешательства, но и с исходным состоянием пациентки. Более тяжелое течение послеоперационного периода и стойкие нарушения метаболизма наблюдаются у больных, длительно страдавших до операции по поводу миомы матки, что связывают с истощением компенсаторно-приспособительных резервов организма [8, 28].

В связи с угнетением функции яичников после надвлагалищной ампутиации матки без придатков или с одним придатком необходимо модифицировать существующие методы операции. Для этого требуется изучить анатомо-функциональные варианты кровоснабжения придатков матки, изменения гемодинамики в экстраорганных сосудах яичников до и после надвлагалищной ампутиации матки без придатков или с придатками с одной стороны. Эти исследования возможны благодаря использованию методов транслюминации и ангиотензометрии [12, 13], разработанных в нашей клинике.

Экстраорганный ангиоархитектоника придатков матки исследована методом транслюминации в ходе 111 операций надвлагалищной ампутиации матки без придатков с двух сторон и во время 24 операций надвлагалищной ампутиации матки с придатками с одной стороны. В ходе указанных операций были определены артериальное давление и направление тока крови в экстраорганном русле яичников методом ангиотензометрии, которую проводили в исходном состоянии и после удаления матки. Была установлена связь между ишемией сохраняемых яичников после надвлагалищной ампутиации матки и расстройством их функции вплоть до преждевременного угасания. Изменялся гормональный гомеостаз, появлялись психоэмоциональные, нейровегетативные и обменно-эндокринные нарушения со снижением физической умственной работоспособности.

Для исключения указанных выше осложнений, возникающих в послеоперационном периоде после обычной техники надвлагалищной ампутиации матки, нами предложена операция — надвлагалищная ампутиация матки без

придатков с сохранением серозно-мышечных лоскутов из обеих ребер матки [15]. Данный вид операции проводился нами у женщин с различными формами миомы матки, имеющих двух- и односторонние анатомо-функциональные варианты кровоснабжения придатков матки преимущественно или исключительно маточной артерией [15]. При кровоснабжении яичников маточной и яичниковой артериями в равной мере, преимущественно или исключительно яичниковой артерией отсечение придатков и круглой связки от матки во время операции с данной стороны производится по обычному методу. Предлагаемый способ применяется при единичных субмукозных, субмукозо-интерстициальных, интерстициальных, интерстициально-субсерозных, субсерозных и множественных миомах тела матки. Серозно-мышечный лоскут содержит восходящую ветвь маточной артерии, сопровождающую ее вены, основания круглой и собственной яичниковой связок, интерстициальную часть маточной трубы. Сохраняются сосудистая дуга между яичниковой и маточной артериями, проходящая в собственной связке яичника, и подтрубная сосудистая дуга. При операции рекомендуемым способом не только не нарушается артериальный приток, венозный отток крови, лимфоотток и иннервация сохраняемых придатков матки, но и остается неповрежденным связочный аппарат между придатками матки, круглой связкой и культи шейки матки, что является надежной профилактикой нарушений и их правильного топографо-анатомического расположения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодяжина В. И. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов.— М., 1978.
2. Ботвин М. А., Сидорова И. С., Гурьев Т. Д.//Сов. мед.— 1991.— № 10.— С. 12—15.
3. Брехман Г. И. Труды Всесоюзного симпозиума.— Л., 1991.
4. Буйкевич Л. М.//Здравоохр. Белорус.— 1972.— № 10.— С. 41—43.
5. Василевская Л. Н. Клиника и некоторые вопросы морфо- и патогенеза миомы матки: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук.— М., 1971.
6. Васильченко Н. П. Клинико-физиологическое обоснование тактики хирургического лечения больных миомой матки: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук.— М., 1989.
7. Васильченко Н. П., Фириченко В. И.//Акуш. и гин.— 1990.— № 2.— С. 7—10.
8. Вихляева Е. М.//Акуш. и гин.— 1971.— № 9.— С. 3—13.
9. Вихляева Е. М. Гинекологическая эндокринология.— М., 1980.
10. Вихляева Е. М., Василевская Л. Н. Миома матки.— М., 1981.
11. Вихляева Е. М., Паллади Г. А. Патогенез, клиника и лечение миомы матки.— Кишинев, 1982.
12. Володин С. К. Ангиотензометрия и трансиллюминация при операциях на матке и придатках: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.— Казань, 1985.
13. Володин С. К. VII Республиканская онкологическая конференция: Тез. докл.— Казань, 1987.
14. Володин С. К., Файзуллин Р. И. Молодые ученые практическому здравоохранению: Тез. докл.— Казань, 1989.
15. Володин С. К., Капелюшник Н. Л. Авт. св-во № 1779349 от 08.08.1992 г.
16. Давыдов С. Н. Функциональная хирургия матки: Лекция для врачей-курсантов.— Л., 1979.
17. Дондукова Т. М. Миома матки.— М., 1970.
18. Закиров И. З. Вопросы хирургического лечения больных миомой матки.— Самарканд, 1980.
19. Зудикова С. И. Роль нейрогуморальных нарушений в развитии миомы матки и принципы патогенетической терапии заболевания: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук.— Л., 1989.
20. Капелюшник Н. Л., Володин С. К.//Казанский мед. ж.— 1980.— № 2.— С. 109—111.
21. Краснополский В. И.//Акуш. и гин.— 1985.— № 3.— С. 72—75.
22. Персианинов Л. С. Оперативная гинекология.— М., 1971.
23. Ландеховский Ю. Д. Клинико-патогенетическое обоснование тактики ведения больных миомой матки: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук.— М., 1988.
24. Леонтьев Л. А. Морфогенез и структура органов человека и животных.— Минск, 1970.
25. Мартынов Ю. С., Водопьянов Н. П., Васильченко Н. П. Нервная система при заболеваниях органов малого таза у женщин.— М., 1989.
26. Савицкий Г. А.//Акуш. и гин.— 1978.— № 1.— С. 62—64.
27. Третьякова Л. М.//Акуш. и гин.— 1988.— № 6.— С. 53—55.
28. Уварова Е. В. Комплексное поэтапное восстановительное лечение больных миомой матки переходного возраста после удаления опухоли: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.— М., 1982.
29. Ben-Baruch G., Schiff E., Menashe V., Menczer I.//Obstet Gynecol.— 1988.— Vol. 72.— P. 858—861.
30. Conley G. Lacey Current obstetric and gynecologic diagnosis and treatment.— London, 1982.
31. Dominiguez R., Gil-Gracia F., Perez Gomez C.//Rev. esp. Obstet Gynecol.— 1985.— Vol. 44.— P. 369—376.
32. Hunagel V.//J. Psychosom. Obstet. Gynecol.— 1988.— Vol. 9.— P. 51—58.
33. Leibsohn S., d'Ablain G., Mishell D. et al.//Ah. J. Obstet Gynecol.— 1990.— Vol. 162.— P. 968—974.
34. Menon R., Okonofua F., Agnew J. et al.//Int. J. Gynecol. Obstet.— 1987.— Vol. 25.— P. 459—463.
35. Rader I., Binette S., Brandt T. et al.//Obstet Gynecol.— 1990.— Vol. 76.— P. 531—534.
36. Riedel H., Lehmann-Willenbrock F., Semm K.//The J. of Reproductive Med.— 1986.— Vol. 31.— P. 597—600.
37. Vollenhove B., Lawrence A., Healy D.//Br. J. Obstet Gynaecol.— 1990.— Vol. 97.— P. 285—298.
38. Wydrzynski M.//Anat. Clin.— 1985.— P. 233—236.

Поступила 02.11.94.