

Литература

1. Аникин Ю.В. Профилактика и лечение послеожоговых и послеоперационных рубцов / Ю.В. Аникин, Н.Г. Кикория // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. – 2004. – №. – С. 35 – 36.

Anikin Yu.V. Prevention and treatment of postburn and postoperative scars / Yu.V. Anikin, N.G. Kikoriya // *Annals of plastic, reconstructive and esthetic surgery*. – 2004. – №4. – P.35 – 36.

2. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.М. Безруков, Т.Г. Робустова. – М.: Медицина, 2000. – Т. 2. – 488 с.

Bezrukov V.M. Guide to surgical stomatology and maxillofacial surgery / V.M. Bezrukov, T.G. Robustova. – M.: Medicine, 2000. – V. 2. – 488 p.

3. Белоусов А.Е. Рубцы как глобальная проблема пластической хирургии / А.Е. Белоусов // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. – 2004. – №4. – С. 41-42.

Belousov A.E. Scars as global problem of

plastic surgery / A.E. Belousov // *Annals of plastic, reconstructive and esthetic surgery*. – 2004. – № 4. – P.41 – 42.

4. Пинелис И.С. Рубцы – одна из основных проблем хирургии / И.С. Пинелис // *Забайкальский медицинский журнал*. – 2013. – №1. – С.28-32.

Pinelis I.S. Scars – one of the main problems of surgery / I.S. Pinelis // *Transbaikal medical magazine*. – 2013. – № 1. – P.28-32.

5. Пинелис И.С. Келоидные рубцы и их лечение / И.С. Пинелис // *Забайкальский медицинский журнал*. – 2013. – №2. – С.51-55.

Pinelis I.S. Keloid scars and their treatment / I.S. Pinelis // *Transbaikal medical magazine*. – 2013. – № 2. – P.51-55.

6. Пинелис И.С. Предоперационная подготовка больных, нуждающихся в восстановительных операциях челюстно-лицевой области / И.С. Пинелис, О.И. Ширко // *Вестник БГУ. Медицина и фармация*. – 2012. – №2. – С. 60 – 69.

Pinelis I.S. Preoperative preparation of the

patients for recovery operations of maxillofacial area / I.S. Pinelis, O.I. Shirko // *TSU Bulletin. Medicine and pharmacy*. – 2012. – № 2. – P.60-69.

7. Саидахмедов С.С. Некоторые вопросы местно-пластических операций челюстно-лицевой области на различных этапах ее оказания / С.С. Саидахмедов, А.С. Бабаджанов, Б.Т. Нормакматов // *Новое в стоматологии*. – 2003. – № 8. – С. 46 – 48.

Saidakhmedov S.S. Some questions of local plastic surgeries of maxillofacial area at its various stages / S.S. Saidakhmedov, A.S. Babadzhanov, B.T. Normakhmatov // *New in dentistry*. – 2003. – № 8. – P.46 – 48.

8. Ширко О.И. Применение Эпсорина у больных, нуждающихся в пластических операциях / О.И. Ширко, И.С. Пинелис, Б.М. Кершенгольц // *Забайкальский медицинский вестник*. – 2006. – № 3. – С.7-11.

Shirko O. I. Epsorin's use in patients for plastic surgeries / O. I. Shirko, I.S. Pinelis, B. M. Kershengolts // *Transbaikal medical bulletin*. – 2006. – № 3. – P.7-11.

Э.В. Баширов, Н.И. Дуглас

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОККЛЮЗИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК ЭТАП ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

УДК 618.14-006.36:616.137.73

В сравнении с изолированной лапароскопической миомэктомией сочетание вмешательства с этапом окклюзии маточных артерий (МА) сокращает длительность вмешательства и интраоперационную кровопотерю, неблагоприятную клиническую симптоматику у 93,7% женщин, имеет низкую частоту рецидивов миоматозного роста (за период наблюдения 12 мес. – 3,0%).

Высокая терапевтическая эффективность технологии лапароскопической окклюзии МА складывается из хорошего знания основ ангиологии и владения манипуляционными навыками, адекватным периоперационным ведением и комплексной реабилитацией после вмешательства.

Ключевые слова: миома матки, лапароскопическая окклюзия маточных артерий.

Compared to separate laparoscopic myomectomy, its combination with uterine arteries (UA) occlusion reduces the duration of the intervention, intraoperative blood loss and adverse clinical symptoms among 93,7% of women. It also has low myoma growth recurrence rate (during 12 months' observation period – just 3.0%).

High therapeutic effectiveness of UA laparoscopic occlusion consists of good knowledge of the basics of angiology, having manipulative skills, adequate perioperative management and complex rehabilitation after surgery.

Keywords: uterine fibroids, laparoscopic occlusion of uterine arteries.

Ухудшение репродуктивного здоровья женщин, связанное с наличием доброкачественной опухоли матки, риск утраты фертильности у нерожавших, вероятность рецидива миомы матки после органосохраняющих вмешательств – отдельные аспекты, которые указывают на актуальность внимания к заболеванию, выступающему тяжелым бременем не только для женщин, но и социума в целом.

Вопреки значительному прорыву в области технологий лечения миомы

матки (ММ) приоритет от радикальной гистерэктомии с несостоятельным слоганом «нет матки – нет проблемы» перешел к внедрению органосохраняющих эндоскопических и эндоваскулярных вмешательств, однако данные о преимуществах каждого из них остаются противоречивыми [3].

Проблемы современной репродуктивной хирургии – в отсутствии однозначных представлений о целесообразности, критериях отбора, показаниях и противопоказаниях, отдаленных результатах для обоснования выбора той или иной технологии лечения женщин с ММ. Вариабельны данные о восстановлении фертильности после миомэктомии, частоте осложнений и рецидивов заболевания.

Лапароскопический доступ, несмотря на несомненные достоинства,

остается современным вызовом для хирургов из-за необходимости совершенствования техники реконструктивно-пластических операций и ограничения интраоперационной кровопотери. При лапароскопической миомэктомии (ЛМ) серьезным и частым осложнением является неконтролируемое кровотечение, способы преодоления которого изучаются. Сокращение кровопотери крайне важно для минимизации негативного термического воздействия на миометрий, особенно у пациенток, заинтересованных в сохранении репродуктивной функции.

Временное лигирование или клипирование внутренних подвздошных или маточных артерий (МА) с последующим устранением «стриктуры» сопряжены с рядом недостатков: операции длительны, технически сложны, ране-

БАШИРОВ Эдуард Владимирович – к.м.н., Базовая акушерско-гинекологическая клиника Кубанского ГМУ МЗ РФ, edikbashirov@rambler.ru; **ДУГЛАС Наталья Ивановна** – д.м.н., акушер-гинеколог, зав. кафедрой ФПОВ МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, nduglas@yandex.ru.

ние артерий может привести к массивному внутрибрюшному кровотечению, необходимость использования оперативного вмешательства в проекции мочеточников повышает риск их повреждения с соответствующими осложнениями.

Сообщается о сокращении менструального кровотечения и редукции объема миомы матки после ЭМА (эмболизации МА) и ЛСО (ЛС окклюзии) МА. Данные о сопоставимости результатов обоих методов требуют дополнительных исследований ввиду небольшой выборки пациенток [2]. Перспективным и не имеющим системных побочных эффектов методом лечения ММ считают временную окклюзию маточных сосудов, эффективно снижающую риск кровопотери [4,5]. Однако наличие и других, менее благоприятных отдаленных результатов после ЛСО МА обосновывают необходимость дальнейших исследований для возможности внедрения альтернативных методов лечения ММ [1].

Цель исследования: сравнить эффективность изолированной лапароскопической миомэктомии с этапом окклюзии восходящих ветвей МА у пациенток репродуктивного возраста с ММ.

Материалы и методы исследования. На клинических базах кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Кубанского государственного медицинского университета в 2014 и 2015 гг., в том числе в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи, проведено проспективное исследование 40 женщин с ММ.

В зависимости от технологии лечения весь контингент женщин с ММ разделили на две группы: в I вошли пациентки с ЛМ (n=20), во II – с сочетанием ЛМ и ЛСО МА (n=20) для снижения интраоперационной кровопотери.

ЛМ проводилась традиционно, включая следующие этапы: рассечение серозы и миометрия над узлом в наиболее выступающей его части и по возможности максимально отдаленно от придатков и сосудистых пучков; вылушивание миоматозного узла без псевдокапсулы путем жесткой фиксации и тракций узла 10-миллиметровыми пулевыми щипцами и постепенного «снятия» с узла миометрия. Далее осуществляли точечную коагуляцию кровоточащих сосудов с помощью биполярной коагуляции; ушивание послеоперационного дефекта отдельными серозно-мышечными швами с захватыванием дна раны для профилактики гематом в миометрии и формирования полноценного рубца,

с экстракорпоральным завязыванием узлов; извлечение удаленного миоматозного узла из брюшной полости путем морцелляции в герметичном контейнере.

Окклюзию восходящих ветвей МА с обеих сторон проводили путем формирования «окна» в бессосудистой зоне широкой связки матки на 1-1,5 мм. Процедура позволяет сократить, но не полностью ограничить приток крови к телу матки, что подтвердилось при проведении ультразвукового исследования с цветовым доплеровским картированием в послеоперационном периоде. К преимуществам данного метода относятся простота исполнения, быстрота (этап окклюзии восходящих ветвей МА с обеих сторон занимает 3-5 мин) и безопасность.

Возраст пациенток варьировал от 25 до 40 лет. Всех женщин обследовали в связи с бесплодием различной продолжительности в соответствии с общепринятыми стандартами, существенных отклонений от нормативных показателей выявлено не было.

Критерии включения в исследование: наличие одиночных субсерозно-интерстициальных миоматозных узлов размером от 5 до 7 см.

Критерии исключения: хронические экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации и обострения, острые воспалительные, злокачественные и предраковые заболевания органов малого таза.

Интраоперационно перед миомэктомией осуществляли адгезиолизис, сальпингостомию, деструкцию эндометриоидных гетеротопий на тазовой брюшине и яичниках, проверку проходимости маточных труб, мобилизацию и восстановление нормальной анатомии органов малого таза.

Комплексная реабилитация после вмешательства предусматривала: профилактику спайкообразования (лонгидаз 3000 МЕ в суппозиториях или внутримышечно №10), иммуннокоррекцию (в зависимости от характера нарушения неспецифической резистентности применяли индукторы эндогенного интерферона №10, УФО аутокрови №7-10), антиоксиданты (токоферол ацетат 200 мг ежедневно в течение месяца), дезагреганты (курантил 75 мг 2 раза в день в течение 3 недель), восстановление зубиоза гениталий (гинофлор Э, нормофлорин, примадифилус). Для профилактики рецидива роста миоматозных узлов назначали: с учетом сопутствующих дисгормональных заболеваний гормональнозависимых органов и заинтересо-

ванности в последующей реализации репродуктивной функции агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов (золадекс, бусерилин), внутриматочную левоноргестрел-выделяющую депосистему «Мирена», низкодозированные гормональные контрацептивы (регулон, жанин).

Длительность наблюдения за пациентками после операции составила 12 мес.

Статистический анализ полученных данных производился с использованием статистического пакета прикладных программ «Statistica for Windows» v. 6.0, Stat Soft Inc (США). Для описания показателей, представленных в виде количественных переменных, были использованы данные описательной статистики, критерий χ^2 , критерий Стьюдента (t) для несвязанных групп. Статистически достоверным считался коэффициент, уровень значимости которого меньше 0,05 ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. При сравнительном анализе ЛМ и ее сочетания с ЛСО МА оценивали длительность операции и объем интраоперационной кровопотери. Под длительностью операции подразумевалось время, затраченное непосредственно на миомэктомию.

Основными критериями эффективности органосберегающего хирургического лечения считали: устранение клинических симптомов заболевания (поли- и дисменореи); уменьшение величины (объема) матки на основании данных гинекологического исследования и трансвагинального ультразвукового сканирования.

По возрасту, давности появления миомы матки и структуре клинической симптоматики исследуемые группы соответствовали друг другу. Средний возраст женщин в I группе составил $35,6 \pm 1,8$, во II – $33,8 \pm 1,4$ года, при этом достоверных различий между группами по возрасту не было ($p > 0,05$). Количество женщин с размерами узлов до 5 см (32 и 40%) и более крупными (5-7 см) (78,0 и 60,0%) по группам достоверно не отличалось.

Длительность миомэктомии в I группе варьировала от 30 до 85 мин, в среднем – 55 мин, во II – от 30 до 65 мин, в среднем – 45 мин. Большая длительность вмешательств в I группе объяснялась необходимостью достижения гемостаза – как дополнительной коагуляцией, так и наложением дополнительных швов, особенно при крупных узлах.

Средний объем интраоперационной кровопотери при ЛМ с окклюзией

МА ($79,5 \pm 17,8$ мл) оказался достоверно меньше, чем при традиционной миомэтомии ($120,5 \pm 26,7$ мл, $p < 0,05$). Существенное различие изучаемого параметра по группам указывало, что окклюзия МА может эффективно уменьшать потери крови во время операции.

Ни в одном случае не было интраоперационных травм сосудов, нервов, мочеточников, поэтому не потребовалось перехода на лапаротомию и проведение гемотрансфузии. Известно, что именно техническое мастерство хирурга определяет длительность оперативного вмешательства, которое значимо отличается у начинающих докторов и экспертов. Выполнение успешной лапароскопической окклюзии МА требует знания основ ангиологии и мануальных навыков правильной окклюзии или клипирования сосудов, поэтому операции подобного рода являются прерогативой учреждений с квалифицированными в данной области специалистами.

Послеоперационный период протекал без особенностей, в результате все женщины после снятия швов на 5-е сут. были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Изучение ближайших и отдаленных результатов эндохирургического лечения больных ММ показало уменьше-

ние объема менструальной кровопотери и выраженного болевого синдрома внизу живота и в поясничной области у пациенток обеих групп.

Снижение объема менструальной кровопотери и терапевтическую эффективность в отношении менометроррагий наблюдали у 91,8% женщин после ЛМ и у 93,7% после ЛМ с окклюзией МА. Облегчение симптоматики, обусловленной наличием ММ, и чувство удовлетворенности после вмешательства отмечали у всех пациенток в интервале до 9 мес. наблюдения. Частота рецидивов роста миоматозных узлов после ЛМ и ее сочетания с лапароскопической окклюзией МА за период наблюдения составила 4,7% и 3,0% соответственно.

Выводы. Перспективность использования ЛС окклюзии восходящих ветвей МА в качестве этапа перед миомэтомией, направленного на снижение интраоперационной кровопотери, как эффективной альтернативы гистерэктомии для лечения симптомной ММ очевидна. При правильной технике исполнения манипуляция безопасна, позволяет добиться лучшей визуализации, минимизировать негативное термическое воздействие на миометрий, благодаря чему возрастает вероятность формирования полноценного рубца на матке, что немаловажно для

женщин с бесплодием, заинтересованных в реализации репродуктивной функции. Данная методика сокращает длительность операции, вероятность интраоперационных и послеоперационных осложнений, вследствие чего ведет к сокращению пребывания в стационаре, уменьшению медикаментозной поддержки (в том числе, анестезиологического пособия), сокращению периода реабилитации.

Литература

1. Dubuisson J. The role of preventive uterine artery occlusion during laparoscopic myomectomy: a review of the literature / J. Dubuisson, L. Ramyeard, I. Streuli // Arch Gynecol Obstet. – 2015. – V. 291. – N 4. – P.737–P. 43.
2. Istre O. Management of symptomatic fibroids: conservative surgical treatment modalities other than abdominal or laparoscopic myomectomy / O. Istre // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. – 2008. – V. 22. – N 4. – P.735–47.
3. Nonsurgical Alternatives for Uterine Fibroids / E. Zupi, G. Centini, L. Sabbioni [et al.] // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. – 2015. – pii: S1521-6934(15)00227-8.
4. Symptomatic myoma treated with laparoscopic uterine vessel occlusion and subsequent immediate myomectomy: which is the optimal surgical approach? / P.H. Wang, W.M. Liu, J.L. Fuh [et al.] // Fertil Steril. – 2009. – V.92. – N 2. – P.762–9.
5. Transient occlusion of uterine arteries in laparoscopic uterine surgery / Y.S. Kwon, H.J. Roh, J.W. Ahn [et al.] // JSLS. – 2015. – V.19. – N 1. – e2014.00189.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

Л.Ф. Тимофеев

ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) в 2013-2014 гг.

УДК 614.1(571.56)

Проведен анализ первичной заболеваемости населения Республики Саха (Якутия) в 2013-14 гг. на основании статистической отчетности Минздрава России. Высокий уровень первичной заболеваемости в 2013-2014 гг. наблюдался по таким классам болезней, как болезни нервной системы, глаза и его придаточного аппарата, органов дыхания и пищеварения, кожи и подкожной клетчатки; уровень выше среднего занимали болезни крови и кроветворных органов, костно-мышечной системы и соединительной ткани, мочеполовой системы. Выясняется также, что из 113 видов рассмотренных патологий высокий и выше среднего уровни заболеваемости в республике отмечаются у 69 из них, уровни низкий и ниже среднего – у 19.

Ключевые слова: первичная заболеваемость, заболеваемость по классам болезней, заболеваемость по отдельным видам патологий.

The paper reports the analysis of the primary morbidity of the population of the Republic Sakha (Yakutia) in 2013-14 on the basis of Russian Ministry of Health statistical reports. High levels of primary morbidity in 2013-2014 were observed in such class of diseases as diseases of the nervous system, the eye and adnexa, respiratory and digestive system, skin and subcutaneous tissue; diseases of the blood and blood-forming organs, musculoskeletal system and connective tissue of the urogenital system were above average level. It also turns out that from the 113 species of the considered pathologies high and higher than average incidence rates in the country are found in 69 species, low and below average levels – in 19.

Keywords: primary morbidity, the incidence of diseases by classes, an incidence of certain types of pathologies.

ТИМОФЕЕВ Леонид Фёдорович – д.м.н., проф. Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, tfnauka@mail.ru.

Введение. Известно, что заболеваемость является одним из критериев общественного здоровья, и данные по заболеваемости служат основой для

планирования в здравоохранении. На основании этих данных планируются объемы необходимой населению медицинской помощи, коечный фонд,