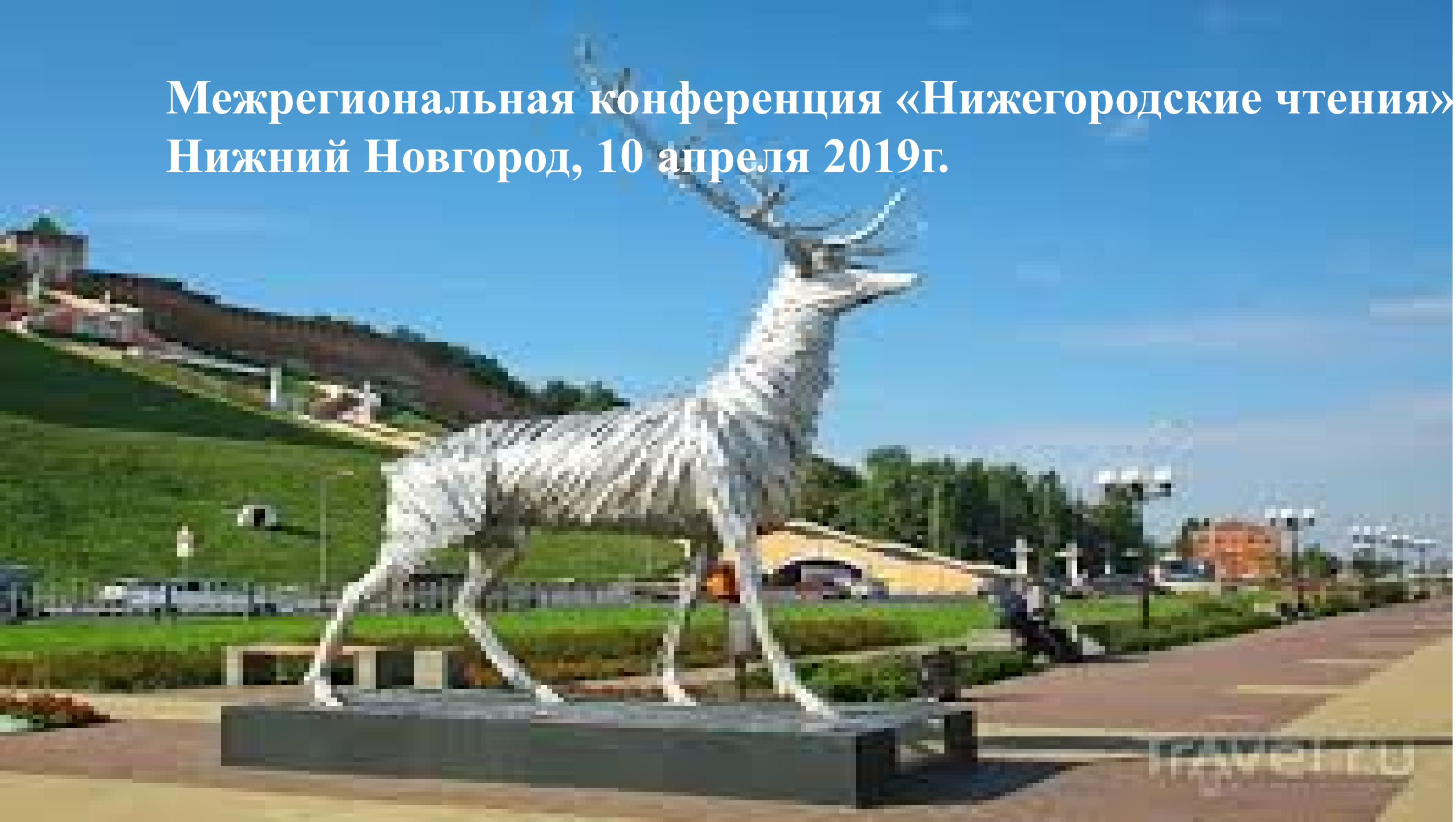


Межрегиональная конференция «Нижегородские чтения»
Нижний Новгород, 10 апреля 2019г.



Надвлагалищная ампутация матки или гистерэктомия? Версии и контраверсии.

Доцент кафедры акушерства и гинекологии
ПИМУ Зиновьев А.Н.

10 апреля 2019г, Нижний Новгород

Терминология и доступ

- Субтотальная ГЭ (СТ-ГЭ) = НАМ (без шейки) с трубами, с придатками или без
- Тотальная ГЭ = ЭМ-экстирпация матки (с шейкой) с трубами, с придатками или без
- Радикальная ГЭ = расширенная ГЭ (матка с шейкой, придатками, верхней 1/3 влагалища, окружающей клетчаткой и лимфоузлами) с придатками или с сохранением яичников (транспозиция)
- ЛТ, ЛС, Влаг, ЛС + влаг асс

Частота ГЭ (распространенность)

- США – **650 тыс** ГЭ в 1 год, каждая третья ж-на старше 60 лет не имеет матки
- Россия – **25-38%** ГЭ в структуре гинекологических операций,
5,5 – 11,1% - в структуре акушерских операций

Средний возраст ж-н, перенесших ГЭ по поводу миомы – 40,5 лет,
при патологических акушерских ситуациях – 36 лет (Веревкина
О.М., 2009; Фатеева А.С. И др, 2014)

Показания: Миома, Эндометриоз – 33-35%, АМК - 16%,
Онкологические показания < 8%.

Несмотря на приоритет выполнения органосохраняющих операций, ГЭ и по сей день остается самой распространенной гинекологической операцией (Адамян Л.В.).

Возможные показания к радикальным операциям у б-х с доброкачественными гинекологическими заболеваниями, при котором сохранение ш/м может быть предметом дискуссии:

- Множ миомы матки б/размеров, быстрый рост узлов
- Миомы 0-3 типа больших (>5 см) и небольших размеров с АМК
- Двухсторонние и односторонние (у ж-н старшей возрастной группы) опухоли яичников
- Обширные гнойные поражения
- Некоторые формы генитального эндометриоза

Последствия ТГЭ и СТ-ГЭ

- Даже при сохранении яичников после ГЭ возникает **дефицит эстрогенов** за счет удаления самой матки и изменения кровотока в яичниках после пересечения яичниковой ветви маточных артерий (L.Denerstein, 1978).
- По мнению других авторов снижение функции яичников наблюдается не более чем у 80% ж-н (Lewis T.)

Последствия ТГЭ и СТ-ГЭ

- Отсутствие менс и беременности
- Риск кровотечения и кровопотери
- Ранения мочеточников и мочевого пузыря
- Тромбоэмболические осложнения
- Продолжительность операций
- Риск гнойно-септических осложнений
- Пролапсы
- Психоэмоциональные нарушения

Причина возникновения вопроса

- Вопрос о необходимости проведения только тотальной ГЭ при наличии показаний к радикальному хирургическому вмешательству у ж-н с доброкачественными гинекологическими заболеваниями и неизменной шейкой подняли, в основном, онкологи, т к после субтотальной ГЭ у части ж-н в последующем развивался рак шейки.
- **Боязнь не только пропустить рак, но и искл-ть возможность его возникновения в сохраненной шейке --**

Версия — только тотальная ГЭ!

Контрверсия — субтотальная ГЭ имеет право быть!

- Но используя такой подход мы рискуем переступить **грань неоправданной агрессии** не только по отношению к шейке, но и в отношении других органов, **например, яичников.**

Еще одна версия

- **Может быть стоит всегда удалять и яичники у молодых ж при ГЭ из-за риска возникновения рака??**
- Профилактическое удаление яичников в последние годы также является предметом дискуссии. После удаления матки рак яичников был диагностирован у 0,2% б-х (M.G.Schefield).
- По данным Е.Н.Стафеевой опухоли яичников возникли у 0,9% б-х после НАМ и у 2,25% после экстирпации матки (ЭМ), причем у 0,36% после ЭМ развился рак яичников

- Оправдан ли **чрезмерный радикализм** (ТГЭ) по отношению к шейке?
 - Может быть это **адекватный радикализм**?
 - Или лучше **консервативный радикализм** (СТ-ГЭ)?
 - Или все же **рациональный радикализм**?
- Индивидуальный подход** в каждом конкретном случае?

Версия: только тотальная ГЭ

«Данная позиция основана в большей степени не на тщательном эпидемиологическом и статистическом исследовании, а скорее на опыте и интуиции врача» — проф. Доброхотова Ю.Э.

Контраверсия: можно и субтотальную ГЭ.

ЭМ и НАМ, сравнение, **тромбоэмболии**

- Продолжительность тотальной ГЭ в сравнении с субтотальной требует **большего времени и сопряжена с большей кровопотерей.**
- «Практически все хирурги сходятся во мнении, что при прочих равных условиях **увеличение длительности операции повышает вероятность развития ТЭЛА**»- J. Walsh et al. (1974).
- Тотальная **ГЭ более травматична** и как следствие - **% тромбоэмболических осложнений в п/о периоде — достоверно выше**

ЭМ и НАМ, сравнение, **тромбоэмболии**

- «**Манипуляции в зоне расположения магистральных вен таза** приводят к нарушению кровоотока в них и травматизации эндотелия... **большая кровопотеря и большая травма тканей** усиливают выброс тканевых факторов коагуляции и активаторов функций тромбоцитов»
– В.С.Савельев и соавт (1979).

Осложнения ЭМ – травмы Мочевыд органов

- Травмы мочевыделительных органов (урогенитальные свищи) при лапароскопической ГЭ составляют 1,43% - Пучков К.В. И соавт, 2002.
- По данным G.Pantos (2005) – длительность ЛС ЭМ составляет 100– 180 мин, а частота осложнений, включая травмы соседних органов - 5-7%.

Осложнения тотальной ГЭ - пролапсы

- К урогенитальному пролапсу могут приводить ятрогенные факторы: **пересечение крестцово-маточных и кардинальных СВЯЗОК** и их неадекватное восстановление при оперативных вмешательствах, особенно **при тотальной ГЭ без последующего восстановления сводов** влагалища (J.O.DeLancey, 1992; V.R.Jenkins, 1997).
- **Несостоятельность культи влагалища и эвентрации** после ЛСкопических и робот-ассистированных ЭМ встречается в 5 % наблюдений (H.Nur et al.,2007).

Осложнения тотальной ГЭ - пролапсы

- «...**Постгистерэктомические пролапсы** — отдельная тема в перинеологии. Их частота составила 13,7%, но если среди впервые оперированных пациенток их было 3,8%, то среди «рецидивных» больных — 50%...» - **Краснопольская К.В.** - «Дисфункция тазового дна у женщин: клиника, диагностика, принципы лечения», 2018г.
- Доказано, что **опущение стенок влагалища** после ЭМ встречается в 2 раза чаще в сравнении с НАМ (De Neef J., 1996)
- **Увеличивается частота стрессовой инконтиненции** после ЭМ - (Майская И.Ю. И др, 2012)

Влияние на сексуальную функцию

- По результатам разных исследований (Lonne-Hoffmann R.A. et al., 2006. Lethaby A., et al., 2006. Подзолкова Н.М. и др., 2012) частота **сексуальной дисфункции** после ГЭ, даже с сохранением яичников, составляет от 10 до 40%.
- По данным Доброхотовой Ю.Э.(2003) **тотальная ГЭ вызывает более серьезные изменения** за счет повреждения супрацервикальных нервов и нарушением иннервации влагалищных сводов.
- **Ухудшение качества половых отношений** достоверно больше в группе с тотальной ГЭ - (Майская И.Ю. И др, 2012)

Carcinoma of the cervical stump: Fifty years of experience

ANN-CATHRIN HELLSTRÖM¹, KRISTINA HELLMAN¹, B. FOLKE PETTERSSON¹ and SONIA ANDERSSON²

¹Gynecological Oncology Radiumhemmet, Department of Oncology, Karolinska University Hospital, Solna;

²Department of Women and Child Health, Division of Obstetrics and Gynecology, Karolinska University Hospital, Solna, Karolinska Institutet, 17177 Stockholm, Sweden

Received December 16, 2010; Accepted January 13, 2011

- **Из 8028 ж**, получавших лечение по поводу инвазивного рака в период с 1959 по 2004 год, **у 170** был диагностирован рак культи матки.
- Из 170 ж с выявленным раком культи была выполнена субтотальная ГЭ в период с 1959 по 2004 г по поводу доброкачественных заболеваний матки. **Из них 9 ж** не вошли в исследование: **у 3-х выявлен рак и предрак в течение 1 года** после операции (**т е врачебная ошибка!**) и **6** были иностранками.
- Таким образом, **в исследование вошли 161 женщин**, что составило всего **2 %**.

- Рак шейки в культе развивался **после операции с диапазоном от 1г до 46 лет, в среднем 17,6 г.**
- Клиника: в **80%** - посткоитальное или постменопаузальное кровотечение
- **Из 161** случая рака культи - **89%** (144ж) - плоскоклеточная карцинома и **11%** (17ж)- аденокарцинома.
- Отмечено более **поздняя выявляемость рака в культе** по сравнению с неоперированной маткой и **более высокая смертность** от аденокарциномы в сравнении с SCC, которая чаще выявлялась в культе по сравнению с неоперированной маткой.

- Карцинома культи матки встречается в 1-3% случаев после субтотальной ГЭ и составляет 3-9% всех карцином шейки.
- Нет оснований полагать, что ж-ны после НАМ имеют более высокий риск развития рака шейки в сравнении с неоперированными ж-ми.
- Напротив многие ж-ны и их семейные врачи посчитали необязательным проводить скрининг после СТ-ГЭ.

Мнение онкологов

- **Выводы:**
- не стоит пренебрегать общими принципами диагностики рака шейки по отношению к женщинам, перенесшими операцию СТ-ГЭ-НАМ.
- более поздняя выявляемость рака в культе и соответственно более высокая смертность у этих ж-н позволяет предполагать более радикальное вмешательство при необходимости удаления матки.

ВЫВОД

- **Тщательное обследование** женщин с учетом возраста перед радикальной операцией (осмотр, КС, цитограмма, ВПЧ – обследование) и в послеоперационном периоде позволят не только правильно определить объем вмешательства, но и избежать развития рака в культе матки в случае её сохранения.
- Такой подход позволит избежать чрезмерной агрессии и снизить риски возможных осложнений.

При наличии показаний к радикальному удалению матки ТГЭ оправдана в случаях:

- HSIL, Tis
- ЭК по поводу Tis в анамнезе
- Высокая конц ВПЧ 16-18 типа
- Высокая конц ВПЧ ВКР иного типа в сочетании с цитогаммой ASCUS, LSIL или при цитогамме NILM, но аномальной кольпоскопической картиной к моменту операции
- *В остальных случаях – удаление ш/м – вопросы дискуссии.*

Спасибо за внимание!



Данные ОКБ

- В период с 2013 по 2018г в условиях 2-го отделения ОКБ выполнено 3 102

У кого развивался рак ш/м?

- Были ли эти ж-ны обследованы на ВПЧ?
- При полож ВПЧ проводилось ли лечение?
- Интерпритация цитограмм до операции?
- Были ли у них до оп – экзо- и эндоцервициты, эктропионы, рубцовые деформации, кистозные гипертрофии, нарушения биотопа влагалища?
- % Дисплазий и Рака ш/м в послеоперационном периоде после НАМ?
- Какие фоновые процессы (все ли?) явл-ся факторами, способствующими возникновению рака ш/м?