

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРА ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ ФГБУ НМХЦ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА

Политова А.К., Гайтукиева Р.А.*, Попова М.Н.
ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр
им. Н.И. Пирогова», Москва

DOI: 10.25881/20728255_2022_17_4_1_98

Резюме. В статье отражена роль неинвазивных и минимально инвазивных технологий в современной гинекологии. Их внедрение привело к изменению спектра оперативных вмешательств, разработке новых типов операций, их совершенствованию с целью повышения качества жизни женщин и их репродуктивного потенциала.

Ключевые слова: Центр женского здоровья, видеоэндоскопические технологии.

Проблема репродуктивного здоровья в России остается одной из самых актуальных в медицине. Главной задачей Центра женского здоровья является повышение качества и доступности медицинской помощи, сохранение и восстановление репродуктивного потенциала, лечение доброкачественных и злокачественных заболеваний органов женской половой сферы.

С 2019 г в состав Центра женского здоровья НМХЦ им. Н.И. Пирогова вошли гинекологическое отделение КДЦ «Измайловский» и гинекологическое отделение стационара. Ежегодно в Центре проходят обследование и лечение более 150 000 женщин из различных регионов России, выполняются более 4000 различных операций. Приоритетными направлениями хирургической деятельности отделения стационара являются:

- минимально инвазивные оперативные вмешательства (эндовидеохирургические), в том числе с использованием роботизированных технологий, при доброкачественных и злокачественных заболеваниях матки и придатков,
- проведение вмешательств под контролем визуализационных методик при миоме матки — эмболизация маточных артерий, УЗ-абляция миоматозных узлов.
- реконструктивно-пластические операции при пролапсе гениталий с использованием собственных тканей и синтетических имплантатов,
- коррекция стрессового недержания мочи,
- внутриматочная хирургия,
- хирургическое лечение патологии шейки матки,
- оказание неотложной помощи больным гинекологического профиля.

Основными направлениями деятельности амбулаторного звена являются:

- диагностика и лечение урогенитальных инфекций и воспалительных заболеваний женской половой системы,

MAIN DIRECTIONS OF DEVELOPMENT OF THE CENTER FOR WOMEN'S HEALTH FGBU NMHTS NAMED AFTER N.I. PIROGOV

Politova A.K., Gaytukieva R.A.*, Popova M.N.
Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

Abstract. The article reflects the role of non-invasive and minimally invasive technologies in modern gynecology. Their introduction has led to a change in the range of surgical interventions, the development of new types of operations, their improvement in order to improve the quality of life of women and their reproductive potential.

Keywords: Women's health center, video endoscopic technologies.

- диагностика и лечение заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы (лейкоплакия, рубцовые деформации, эктропион, цервикальная, влагалищная и вульварная неоплазия, остроконечные кондиломы и др.),
- хирургической коррекцией внутриматочной патологии у соматически неотягощенных больных,
- диагностика и лечение различных видов бесплодия,
- коррекция эндокринопатий,
- подбор методов контрацепции,
- амбулаторная лечебная и реабилитационная гинекология (лечение вульвовагинальной атрофии и генитоуринарного синдрома в менопаузе, лечение пролапса тазовых органов 1–2 степени, лечение начальных проявлений недержания мочи).

Основные тенденции развития современной гинекологии характеризуются разработкой и внедрением минимально инвазивных и неинвазивных методов лечения. Прогресс в области оперативной гинекологии в основном обеспечен использованием новых энергий (лазеров, ультразвука, электроэнергии), эндоскопического доступа (лапароскопия, гистерорезектоскопия), внедрением роботов. Это способствовало изменению спектра гинекологических операций, совершенствованию их методик, разработке новых типов операций.

Видеоэндоскопические технологии на сегодняшний день становятся все более популярными в клинической практике и успешно заменили ряд открытых хирургических вмешательств. Многими фундаментальными исследованиями доказано, что использование методов минимально инвазивной хирургии позволяет минимизировать травматичность операции, снизить количество осложнений и величину кровопотери, уменьшить болевой синдром в послеоперационном периоде, получить хороший косметический эффект, сократить сроки госпитализации и

* e-mail: gaytukievara@pirogov-center.ru

временной нетрудоспособности, улучшить качество жизни больных [1]. Более 90% пациенток в Центре оперируются с использованием лапароскопического доступа, включая ранние стадии онкологических заболеваний.

Миома матки занимает одно из первых мест среди заболеваний женских половых органов. По данным литературы, частота ее варьирует от 10 до 35%. Средний возраст первичного выявления опухоли составляет 32–34 года. Миома матки может быть одной из причин анемии, бесплодия и невынашивания беременности. За последние несколько лет отмечена тенденция роста числа доброкачественных заболеваний матки у молодых женщин, а также увеличение возраста реализации репродуктивных планов. Это свидетельствует о возросшей роли органосохраняющих методов лечения.

Научные публикации свидетельствуют о достаточной эффективности эндоскопического доступа при выполнении миомэктомии [2]. В настоящее время существует много нерешенных вопросов, касающихся техники данной операции, выбора места и направления разреза на матке, уменьшения интраоперационной кровопотери, используемого шовного материала, профилактики спаикообразования. Важным является ушивание дефекта миометрия одно- или двухрядными узловыми швами в зависимости от глубины пенетрации узла в мышцу и минимизация использования энергий для гемостаза на данном этапе операции с целью формирования полноценного рубца на матке, особенно у пациенток с нереализованной генеративной функцией, с целью профилактики разрыва матки во время беременности.

Частота интраоперационных кровотечений при лапароскопической миомэктомии (ЛМЭ), по данным различных авторов [3], встречается от 1% до 25% и зависит от многих факторов: анатомической ситуации (числа, размеров и расположения узлов), объема оперативного вмешательства, квалификации хирургической бригады, оснащения операционной. Интраоперационная кровопотеря ухудшает визуализацию операционного поля, требует безотлагательного гемостаза, и ограничивает возможность полноценно сопоставить слои миометрия. Для создания оптимальных условий проведения лапароскопической миомэктомии, уменьшения интраоперационной кровопотери, снижения коагуляционной травмы миометрия, в клинике было предложено ряд подходов: способ временной окклюзии маточных сосудов путем наложения петлевой лигатуры Roeder на шейку матки на уровне внутреннего зева, разработан оригинальный эндоскопический инструмент для выполнения этого этапа операции, интраоперационное применение синтетического аналога вазопрессина Реместипа, обладающего выраженным вазоконстрикторным и гемостатическим эффектами, что позволило снизить частоту использования лапаротомного доступа при данном типе операций.

Гистерорезектоскопическая миомэктомия является рутинным вмешательством в нашей клинической практике, ежегодно выполняется до 500 подобных операций.

Использование гистерорезектоскопического доступа при субмукозной локализации узла позволяет не только сохранить орган, но и купировать кровотечения, восстановить генеративную функцию и дает возможность проведения последующих родов через естественные родовые пути в виду отсутствия рубца на матке.

У пациенток с высоким операционным риском, в качестве альтернативы гистерэктомии в ряде случаев нами рассматривается выполнение органосохраняющего метода лечения миомы матки — эмболизация маточных артерий (ЭМА). Целью ее является полная окклюзия сосудистого русла матки путем введения эмболизата. В итоге миоматозные узлы подвергаются коагуляционному некрозу, организации, склерозированию и в дальнейшем гиалинизируются. Наибольшим потенциалом к редукции обладают интерстициальные узлы, так как лучше кровоснабжены и в их структуре преобладает мышечный компонент над соединительнотканью. Регресс узлов происходит в течение 12 месяцев и в среднем достигает 58%. Таким образом, женщине удастся сохранить орган, нормализовать менструальную функцию, устранить болевой синдром и компрессионные расстройства.

Ультразвуковая абляция (HIFU) — еще один органосохраняющий и альтернативный метод лечения миомы матки, широко используемых в нашей повседневной работе. Технология HIFU создала новую лечебную парадигму, фактически новую форму хирургии, когда полностью неинвазивно осуществляется селективное разрушение опухолевых клеток в пределах четко отграниченного фокусного объема вследствие 3 основных механизмов повреждающего действия: термическая абляция, акустическая кавитация и прямое повреждение сосудов. В Центре женского здоровья УЗ-абляция миоматозных узлов выполнена более 950 женщинам. Процедура абляции требует минимальной госпитализации 2–3 койко-дня, не нарушает трудоспособность пациентки, лишена противопоказаний у соматически ослабленных больных, позволяет успешно корректировать нарушения менструального цикла и не откладывать планирование беременности, а также добиться регрессии миоматозного узла.

По нашему опыту и по данным литературы [4], в 17,1% случаев ЭМА не эффективна в связи с наличием кровоснабжения миоматозных узлов из разных артериальных бассейнов, техническими особенностями процедуры, ультразвуковая абляция также неэффективна в 16% наблюдений в связи с наличием кровоснабжающих узлов сосудов более 2 мм диаметром. Для улучшения результатов органосохраняющего лечения в нашу клиническую практику было внедрено сочетанное последовательное применение селективной эмболизации маточных артерий (СЭМА), питающих миоматозный узел, и ультразвуковой абляции (HIFU), предполагающее локальное прекращение кровоснабжения миоматозного узла и разрушение его клеточных элементов, что позволило расширить круг пациентов, которым показаны данные альтерна-

тивные методы лечения. Опыт использования составил более 100 больных. Сочетанное лечение миомы матки позволяет добиться у 93,3% пациенток исчезновения клинических симптомов уже через 1 мес. после операции, в течение 1 года регресс опухоли составляет 67,5%.

Сегодня генитальный эндометриоз признан одним из самых тяжелых патологических состояний женщин репродуктивного возраста, с пагубными последствиями для социального, профессионального и психологического функционирования. Он занимает третье место в структуре гинекологических заболеваний после воспалительных заболеваний женской половой системы и миомы матки. Частота эндометриоза у женщин репродуктивного возраста составляет от 12 до 50%. Ряд исследований показали, что от 25% до 50% женщин с бесплодием имеют эндометриоз, от 30% до 50% женщин с эндометриозом бесплодны [5; 6]. Диагностика и лечение эндометриоза до сих пор является предметом научных дискуссий, где важное место отводится лапароскопии. В Центре ежедневно выполняются различные виды оперативных вмешательств по поводу генитального эндометриоза различной степени распространенности роботизированным, лапароскопическим, открытым (лапаротомным), комбинированным доступами. Наш опыт свидетельствует о положительном влиянии радикального удаления всех эктопических очагов как с позиций уменьшения болей, вероятности рецидива, так и с позиций положительного влияния на репродукцию.

В лечении тяжелых распространенных форм эндометриоза с вовлечением соседних органов мы отдаем предпочтение использованию хирургического роботизированного комплекса (ХРК) «da Vinci» (Intuitive Surgical, USA), так как наиболее эффективно его использование при работе в труднодоступных анатомических областях, при необходимости выполнения обширной диссекции тканей, наложения большого количества швов. На сегодняшний день в клинике выполнено более 340 робот-ассистированных операций (Рис. 1, 2), среди них около 100 операций по поводу онкогинекологической патологии.

У данной категории пациенток робот позволяет выполнить прецизионную лимфодиссекцию и осуществлять адекватное хирургическое стадирование, нервосберегающие операции, удалить большее, чем при лапаротомии, количество лимфоузлов, а также снижает вероятность лимфорей и образования лимфокист в послеоперационном периоде (Рис. 3, 4).

Концепция роботической хирургии — обеспечить хирургическую точность недоступную человеческой руке, позволяет выйти за пределы ограничений открытой хирургии и лапароскопии, расширяя способности хирурга и, впервые, предлагая минимальное вмешательство для многих сложных процедур.

На современном этапе развития медицины рак шейки матки остается одним из серьезнейших онкологических заболеваний, при этом он считается одним



Рис. 1. Работа хирурга за консолью хирургического роботического комплекса «da Vinci».



Рис. 2. Тележка пациента хирургического роботического комплекса «da Vinci» и работа ассистента в составе хирургической бригады.

из наиболее легко диагностируемых, предотвратимых, чему способствует активно развивающаяся практика вакцинации, скрининга и раннего лечения диспластических процессов шейки матки различной степени. На сегодняшний день для хирургических вмешательств на шейке матки используются различные виды энергии: электрохирургический, радиоволновой, аргоноплазмен-

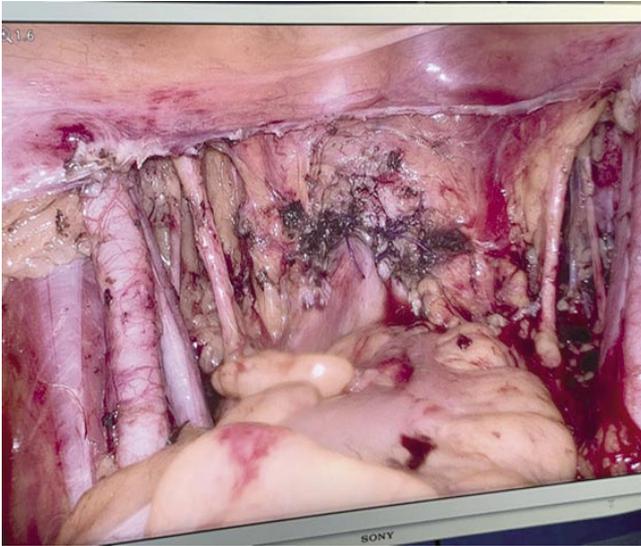


Рис. 3. Заключительный этап робот-ассистированной пангистерэктомии с тазовой лимфаденэктомией по поводу рака эндометрия.



Рис. 5. Лапароскопическая операция на органах малого таза.



Рис. 4. Открытая операция по поводу распространенного рака яичников.

ный, лазерный, криодеструкция, ультразвук. По данным многих отечественных и зарубежных авторов, лечебный эффект от их использования составляет 87–96% [7; 8]. Внедрение в нашей клинике фокусированного ультразвука высокой интенсивности (HIFU) позволяет не только ликвидировать патологический процесс шейки матки, но и исключить развитие ее рубцовой деформации. Важно отметить, что лечение осуществляется без нарушения целостности поверхностных и окружающих тканей, что отличает его от всех других современных деструктивных методов.

Вследствие сложной демографической ситуации в России, увеличение числа бесплодных супружеских пар, проблема бесплодия все более остро стоит в последнее

десятилетие. Максимально ранняя диагностика и лечение гинекологических заболеваний являются крайне важным для прогноза и восстановления нарушенной фертильности, где — фактор времени и возраста играют определяющую роль. Для этих целей также широко используются эндоскопические методы (Рис. 5).

Прецизионный характер лапароскопических операции, выполняемой под оптическим увеличением, в большинстве случаев позволяет устранить причины бесплодия, обусловленного спаечным процессом, непроходимостью маточных труб, эндометриозом и другими причинами.

Маточная форма бесплодия возникает при анатомических, врожденных или приобретенных дефектах матки. Применение гистероскопии и гистерорезектоскопии позволяет диагностировать патологию матки, выполнить прицельную биопсию эндометрия, разделить внутриматочные синехии, рассечь внутриматочную перегородку. В клинике также имеется достаточный опыт лечения врожденных пороков развития гениталий с использованием лапароскопии и ХРК «DaVinci». Кроме того активно используется разработанная нами методика лапароскопического перитонеального кольпопоза при синдроме Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера (аплазии матки и влагалища) с использованием рудиментарных мышечных валиков на лоскуте брюшины, которая позволяет решить некоторые проблемы стандартной методики, в частности низведения, натяжения и прочности брюшины при формировании неовлагалища. Важной технической проблемой перитонеального кольпопоза является дефицит брюшины. Еще в большей степени недостаток ткани отмечается при наличии сопутствующей дистопии одной или единственной почки. Чрезмерное натяжение трансплантированной брюшины может негативно отразиться на результатах заживления, повышает

вероятность укорочения длины сформированного неовлагалища. Использование рудиментарных образований матки в качестве пластического материала позволяет расположить их на всем протяжении сформированного ретроуретрально-везикального канала без натяжения и повысить эффективность операции.

Еще одним большим разделом нашей работы является хирургия пролапса тазовых органов и стрессового недержания мочи. Несмотря на то, что данное заболевание непосредственно не угрожает жизни больной, тем не менее, неизменно прогрессируя, приводит к функциональной недостаточности различных систем и снижению качества жизни. В настоящее время разработано более 300 видов операции по коррекции опущений и выпадения женских половых органов. Столь большое количество предлагаемых способов обусловлено недостаточной их эффективностью. Разработка полипропилена в 80 годах прошлого столетия привело к созданию MESH-ассоциированных операций, включая экстраперитонеальную кольпопексию в различных модификациях, сакроспинальную фиксацию, сакрокольпопексию (лапароскопическим или открытым доступом). В нашей клинической практике в различные временные периоды нашли применение различные сетчатые имплантаты: Prolift (Johnson&Johnson, USA), Perigee (AMS, USA), Elevate (AMS, USA), Opur (Abiss, France), Calistar (Promedon, Argentina), Nazca (Promedon, Argentina). Целью операций является полное замещение фасциального аппарата тазового дна. Все протезы устанавливаются под мочевым пузырем в виде гамака и подвешивают его на сухожильной фасции таза. Все они имеют различное количество «рукавов», что позволяет фиксировать его как к костным структурам таза, так и к большим тканевым массивам с сохранением связочный аппарат малого таза. Сегодня это универсальный метод для коррекции всех дефектов тазовой диафрагмы, который повышает эффективность оперативного лечения до 81–90%. Возможность использования регионарной анестезии, позволяет проводить его пожилым и соматически ослабленным пациентам.

Работа Центра женского здоровья неразделима с деятельностью кафедры женских болезней и репродуктивного здоровья Института усовершенствования врачей в сфере постдипломного непрерывного медицинского образования и подготовки научно-педагогических кадров. С 2019 года клинической базой кафедры стал Перинатальный центр городской клинической больницы имени М.П. Кончаловского. Образовательная деятельность проводится по программам высшего и дополнительного профессионального образования. Специалисты, желающие освоить операции на роботизированном хирургическом комплексе «da Vinci», имеют возможность пройти обуче-

ние в учебно-методическом центре роботизированных технологий и на виртуальном тренажере отработать основные мануальные навыки в максимально приближенном к реальности режиме. За период деятельности кафедра выпустила несколько сотен врачей, которые продолжают свою врачебную деятельность в крупных федеральных центрах и ведущих клиниках страны.

Современные достижения гинекологии стали возможны только благодаря новым технологиям, разработке уникального оборудования и инструментов. Никогда ранее врачи не были столь инструментально- и аппаратно-зависимыми, как сейчас, и, несомненно, эта тенденция будет возрастать. Не вызывает никаких сомнений, что неинвазивные и миниинвазивные технологии открыли новые горизонты в медицине.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Пашков В.М., Лебедев В.А. Доброкачественные заболевания матки. — М.: ГЭОТАР, 2014. — 312 с. [Strizhakov AN, Davydov AI, Pashkov VM, Lebedev VA. Morbi uteri benigni. М.: GEOTAR, 2014. 312 p. (In Russ.)]
2. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Артымук Н.В. Миома матки: диагностика, лечение, реабилитация. Клинические рекомендации (протокол лечения). Министерство здравоохранения Российской Федерации. — М., 2019. [Adamyana LV, Andreeva EN, Artyumuk NB. Fibroides uterinae: diagnosis, curatio, restitutio. Consilia Fusce (tractatio protocol). Ministerium Salutis Foederationis Russicae. М., 2019. (In Russ.)]
3. Баринов В.В., Куталия П.З., Калининцева Е.В., Кашурников А.Ю., Жордания К.И. Опыт клинического применения Реместипа (Терлипрессина) при хирургическом лечении рака яичников // Онкогинекология. — 2014. — №3. — С.71-75. [Barinov VV, Kutalia PZ, Kalinicheva EV, KASHURNIKOV AYU, Zhordania KI. Usus clinicus in usu Remestip (Terlipressin) in curatioe chirurgica cancri ovarii. Oncogynecology. 2014; 3: 71-75. (In Russ.)]
4. Borah BJ, Yao X, Laughlin-Tommaso SK, Heien HC, Stewart EA. Comparative effectiveness of uterine leiomyoma procedures using a large insurance claims Database, Obstet Gynecol. 2017; 130(5): 1047-1056.
5. Эндометриоз. Клиника, диагностика и лечение: учебное пособие / Под ред. Обоскаловой Т.А. — Екатеринбург: Издательство УГМУ, 2016. — 64 с. [Endometriosis. Clinic, diagnosis et curatio: artem. Obskalova T.A., editor. Yekaterinburg : USMU Publishing House, 2016. 64 p. (In Russ.)]
6. Treloar SA, Wicks J, Nyholt DR, et al. Genome-wide linkage study in 1176 affected sister pair families identifies a significant susceptibility locus for endometriosis on chromosome 10q26. American Journal of Human Genetics. 2015; 77(3): 3556-376.
7. Буртушкина Н.К. Методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки // Сибирский медицинский журнал. — 2010. — №4. — С.16-21. [Burtushkina NK. Metody lecheniya dobrokachestvennykh zabolevanij shejki matki. Sibirskij medicinskij zhurnal. 2010; 4: 16-21. (In Russ.)]
8. Овсянникова Т.В., Куликов И.А., Павлович С.В. Заболевания шейки матки, современные подходы к диагностике и лечению. — М.: МЕД-пресс-информ, 2018. — 44-71 с. [Ovsyannikova TV, Kulikov IA, Pavlovich SV. Zabolevaniya shejki matki, sovremennyye podkhody k diagnostike i lecheniyu. Moscow: MED-press-inform; 2018. 44-71 p. (In Russ.)]