

Ю.Э. Доброхотова
И.Ю. Ильина

СИНДРОМ ПОСТГИСТЕРЭКТОМИИ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭТАР-Медиа»
2017

АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКОВ И ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ. ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ ОТНОСИТЕЛЬНО ОСТАВШИХСЯ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

В последние годы, по данным мировой статистики, отмечается значительное увеличение частоты гинекологических заболеваний, которые требуют оперативного лечения у женщин раннего и позднего репродуктивного возраста [1, 2].

Гистерэктомия является одной из наиболее часто выполняемых гинекологических операций в позднем репродуктивном возрасте в большинстве стран мира. В США выполняется 650 тыс. гистерэктомий ежегодно, соответственно, около 20 млн американских женщин уже подверглись данной операции. Опираясь на данные американской статистики, можно сказать, что каждая третья женщина старше 60 лет не имеет матки [3, 4].

Доля гистерэктомий в структуре гинекологических операций достигает в России 25–38%, акушерских — 5,53–11,1%. Средний возраст пациенток, которым выполняется гистерэктомия при миоме матки, составляет 40,5 года, при патологических акушерских ситуациях — 36 лет [5, 6].

В России 90% гистерэктомий в репродуктивном возрасте производятся по поводу доброкачественных заболеваний. Миома матки, эндометриоз являются наиболее распространенными показаниями к операции и составляют примерно треть всех случаев [1, 6]. Аномальные маточные кровотечения — следующее по частоте показание, по их поводу проводится около 16% операций. Доля гистерэктомий, выполняемых по онкогинекологическим показаниям, составляет менее 8% [5, 6].

Вопрос выбора рационального объема хирургического вмешательства при миоме матки является предметом оживленных дискуссий среди гинекологов [7–12]. Несмотря на множество спорных вопросов, с позиции современной оперативной гинекологии не вызывает сомнения тот факт, что проведение органосохраняющих операций

на сегодняшний день с учетом показаний и противопоказаний остается в приоритете [8, 13–15]. Большинство отечественных и зарубежных гинекологов придерживаются тактики органосохраняющих оперативных вмешательств, особенно при операциях на яичниках у женщин молодого возраста; ряд гинекологических заболеваний (обширные гнойные поражения, некоторые формы эндометриоза и опухолей яичников) требует проведения радикальных оперативных вмешательств. Онкологическая настороженность является одной из основных причин применения радикальных методов хирургического лечения. Учитывая все вышесказанное, на сегодняшний день в большинстве клинических наблюдений основным методом хирургического лечения миомы матки остается гистерэктомия [11, 16, 17].

Предшествующий многим исследованиям анализ литературных данных еще раз ярко и демонстративно подтверждает наличие нескольких основных тенденций развития этого раздела оперативной гинекологии, которые на самом деле касаются нескольких зачастую связанных между собой принципиальных аспектов.

- Провести гистерэктомию или миомэктомию пациентке репродуктивного периода, не планирующей беременность?
- Провести гистерэктомию или резекцию эндометрия у женщины при аномальном маточном кровотечении?
- Удалить или оставить неизмененную шейку матки в ходе операции?
- Как поступать с неизмененными или незначительно кистозно измененными яичниками у пациенток репродуктивного периода?
- Необходимо ли удалять маточные трубы при проведении гистерэктомии?

Представляется логичным получение ответов на следующие вопросы: что происходит после удаления матки или после миомэктомии в организме женщины в целом и в оставленных яичниках и шейке матки в частности?

Для ответа на этот вопрос, с нашей точки зрения, крайне важным является уточнение анатомо-функционального состояния оставленных яичников.

Известны три типа кровоснабжения яичников: первый — яичник кровоснабжается в 51% случаев равномерно из маточной и яичниковой артерий, второй — в 38% случаев — преимущественно из ветви маточной артерии, третий — в 11% случаев — преимущественно из яичниковой артерии [18]. Очевидно, при пересечении в ходе операции гистерэктомии собственной связки яичника и маточной трубы, в которых проходят восходящие ветви маточной артерии к яичнику, полноцен-

ность кровоснабжения гонад будет зависеть от того, из какой артерии происходит их преимущественное кровоснабжение [18, 19].

В исследованиях С.К. Володина изучены типы кровоснабжения яичников и влияние пересечения яичниковой ветви маточной артерии на их дальнейшее функционирование. Определено, что при преобладании потока крови яичниковой артерии лигирование яичниковой ветви маточной артерии приводит к уменьшению пульсового давления за счет подъема минимального, в то время как при кровоснабжении яичника преимущественно маточной артерией пересечение собственной связки яичника вызывает резкое угнетение кровотока в экстраорганных сосудах яичника, вплоть до полной его ишемии, превращая импульсный кровоток в непрерывный [18–20].

С другой стороны, некоторые источники указывают на то, что перевязка яичниковой ветви маточной артерии может повысить давление в яичниковой артерии и в ткани яичника, что повреждает микроваскулярное снабжение яичника, а также может привести к некрозу его ткани, причем увеличивающееся давление вызывает рефлекс спазма артериол, что ведет к дальнейшему снижению кровотока. При равной гемодинамической мощности яичниковой артерии и яичниковой ветви маточной артерии лигирование яичниковой ветви маточной артерии не вызывает существенных сдвигов артериального давления (АД) в экстраорганных сосудах яичника [21].

Установлено, что основные сосуды малого таза, доступные идентификации с помощью трансвагинального ультразвукового дуплексного сканирования, — это наружные и внутренние подвздошные артерии и вены, маточные и яичниковые артерии [22, 23]. Акустическое изображение этих сосудов характеризуется появлением линейных эхопозитивных сигналов, ограничивающих структуру тубусовидной формы с высоким уровнем звукопроводимости.

Безусловно, наибольший интерес представляет состояние кровотока в яичниковой артерии, остающейся единственным источником питания яичников после удаления матки. Доказано [22–24], что кривые скоростей кровотока зависят от фазы менструального цикла, причем в фазе ранней пролиферации доплерограммы в яичниковых артериях характеризуются наличием небольшого систолического пика и отсутствием диастолического компонента. Развитие большого зрелого фолликула сопровождается качественными изменениями доплеровского сигнала, отраженного от артерии овулирующего яичника. Основу этих преобразований составляет возрастание конечной диастолической скорости кровотока, наблюдаемое в преовуляторном периоде и устанавлива-

ющееся в период расцвета желтого тела, хотя каких-либо изменений спектральной характеристики кровотока в яичниковой артерии неовулирующего яичника не зарегистрировано [22]. Подобный феномен выявляется также при ановуляторных циклах (АЦ). Эти данные согласуются с результатами фундаментальных гистологических исследований О.В. Волковой, которая на основе проведения морфологических работ установила, что на протяжении всего преовуляторного периода в яичнике наблюдается комплекс сложных сосудистых изменений [26]. Причем наиболее выраженная васкуляризация отмечается в преовуляторных фолликулах, что обусловлено не только увеличением количества новообразованных, но и повышением активности функционирующих капилляров. В результате указанных изменений происходит значительное увеличение объема терминального сосудистого русла оволирующего яичника, сопровождающееся снижением в нем давления, что проявляется при доплерографическом исследовании уменьшением резистентности сосудов. Что касается кровоснабжения желтого тела, то, по одним данным [22], оно несколько снижается, и индексы резистентности и пульсационный соответственно повышаются, хотя, по другим данным [24], васкуляризация желтого тела повышается почти в два раза, в связи с чем доплеровский сигнал характеризуется более высоким подъемом конечной диастолической скорости кровотока. На последних же стадиях регрессии желтого тела происходят сужение просвета микрососудов и частичная их обтурация, следствием чего являются уменьшение терминального объема сосудистого русла и, как закономерность, возрастание его сопротивляемости [24, 25].

Подчеркнем, что с позиций современной гинекологической эндокринологии хорошо известно, что существует 7 кислородозависимых энзимных ступеней при превращении холестерина в эстрадиол и лишь 3 — при превращении в прогестерон [27–29]. Таким образом, очевидно, что данная ситуация приводит к тому, что для построения одной молекулы эстрадиола необходимо в 8 раз больше молекул кислорода, чем при построении одной молекулы прогестерона, в связи с чем становится очевидным, почему при возникающей ишемии резко падает продукция эстрогенов.

Согласно исследованиям Г.А. Савицкого, миома матки является местом локальной гиперэстродиолемии, и одномоментное удаление этого депо эстрогенов вызывает резкое изменение сформировавшегося гормонального баланса, что ведет к срыву адаптационно-приспособительных механизмов в организме [30]. Матку необходимо рассматривать не просто как вместилище для плода и орган, обеспечивающий роды,

но и как эндокринный орган с важным системным значением. Объем и метод хирургического вмешательства, направленного на удаление матки, должны быть обоснованы клинически и выбраны индивидуально [31]. Понятно, что оставшиеся яичники в условиях циркуляторной ишемии и поврежденной в результате хирургического вмешательства иннервации не в состоянии восполнить дефицит эстрогенов.

Еще в 1978 г. L. Dennerstein опубликовала первые данные о снижении стероидов, продолжающемся 48 ч после гистерэктомии без придатков [32], хотя после лапароскопии, проведенной в условиях одинаковой анестезии, изменений в уровнях гормонов не наблюдалось. Последнее позволило автору закономерным образом прийти к выводу о том, что снижение гормонов происходит именно из-за самой хирургической процедуры, а не из-за каких-либо центральных эффектов анестезии, причем единственное возможное объяснение этих изменений может быть связано с острым нарушением яичникового кровотока вследствие лигирования яичниковой ветви маточной артерии [32].

Чуть позже R. Kaizer и соавт. [34] на основе изучения эстрогенов и прегнандиола в моче пришли к выводу о том, что яичниковая функция остается неизменной до предполагаемого возраста менопаузы у 85% женщин, а A. Filiberti и соавт. выявили ненарушенную функцию яичников после удаления матки у 80% оперированных [35]. Такого же мнения придерживаются A.Z. Souza и соавт. [36] и некоторые другие исследователи [37–38].

Значительно большее количество исследователей, тем не менее, придерживаются противоположной точки зрения. Так, в частности, R.K. Mepon обнаружил стойкое повышение фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и характерное для менопаузального периода снижение эстрадиола (E_2) у 28% перенесших гистерэктомию пациенток через 5 лет после операции, проведенной в возрасте 30–35 лет [39]. Более того, еще в 1939 г. A. Dippel обнаружил клинические проявления снижения функции яичников у 43,9% больных после удаления матки в возрасте до 36 лет, и лишь у 6% женщин того же возраста с интактной маткой [40]. L. Dennerstein и соавт. обнаружили у 50% оперированных женщин снижение функции яичников [32]. Такие же данные подтверждаются результатами исследований H.H. Riedel, который установил, что вазомоторные симптомы появляются у пациенток после гистерэктомии в 50% случаев и более выражены до 40 лет [41].

В 1995 г. С.А. Мирходжаева [42] также выявила некоторое повышение гонадотропных гормонов и снижение эстрадиола и прогестерона у пациенток уже через 1 год после удаления матки, а Г.Б. Дикке опре-

делила некоторое повышение ФСГ, лютеинизирующего гормона (ЛГ), снижение индекса ФСГ/ЛГ, а также снижение эстрадиола и прогестерона у оперированных женщин [33].

Результаты Е.И. Скорбач и соавт. указывают на то, что при гормональном обследовании пациенток отмечается достоверное повышение уровня ФСГ и ЛГ крови почти в два раза ($43,8 \pm 1,3$ МЕ/л и $31,3 \pm 1,1$ МЕ/л, соответственно) по сравнению с величиной этого показателя у здоровых женщин репродуктивного возраста; уровень эстрадиола ($0,39 \pm 7,4$ нмоль/л) был достоверно ниже по сравнению с величиной этого показателя у здоровых пациенток репродуктивного возраста; также было отмечено статистически достоверное снижение уровня прогестерона и пролактина. Обнаружена корреляционная зависимость между степенью тяжести постгистерэктомического синдрома и наличием и выраженностью овариальной (в особенности — эстрогенной) недостаточности [43].

При проведении исследования, направленного на выполнение сравнительного анализа результатов гормонального фона (ФСГ, ЛГ, эстрадиола) у пациенток после гистерэктомии без удаления придатков и с аднексэктомией с одной стороны, были отмечены резкое снижение уровня эстрадиола и стабильный рост ФСГ в первые 6 мес у пациенток после гистерэктомии в сочетании с односторонней аднексэктомией и отсутствие значимых изменений уровня ФСГ, ЛГ и эстрадиола у пациенток, которым проводилось оперативное вмешательство в объеме гистерэктомии без придатков [44].

Исследованиями А.С. Латыпова показано развитие расстройств со стороны нервной, эндокринной и сердечно-сосудистой систем у 53,1% пациенток после проведенной гистерэктомии [45].

В отдаленные сроки после операции в развитии вегето-сосудистых и невротических симптомов «виноваты», по мнению Дикке, центры саморегуляции и адаптации, которые находятся в непосредственной близости к центрам гипоталамо-гипофизарного комплекса, регулирующих функцию яичников. Ухудшение функционирования этих центров происходит вследствие общего старения организма и некоторого срыва адаптации.

При исследовании индекса Куппермана после гистерэктомии Т.М. Дондукова выявила повышение его у 41,5%, причем пациенткам с низкими показателями индекса требовались, тем не менее, реабилитационные мероприятия, так как при экстремальных жизненных ситуациях они быстро утрачивали компенсацию [9].

В раннем периоде реабилитации у пациенток на 3-и сутки после перенесенной гистерэктомии происходит резкое снижение сывороточ-

ных концентраций эстрадиола. В дальнейшем, к 8–36 мес, наблюдается тенденция к росту уровня эстрадиола, однако его концентрация остается достоверно более низкой по сравнению с дооперационной, что является патогенетическим фактором нарушения кровообращения [46]. Гистерэктомия изменяет психологическое состояние больных. У них повышается тревожность, снижается психологическая активность и развивается социально-психологическая дезадаптация [46].

Вместе с тем ряд исследователей [47] вообще не отметили какого-либо существенного снижения стероидогенеза после хирургического вмешательства или даже зарегистрировали при реографическом исследовании после операции усиление кровотока в яичниках [48].

Таким образом, отсутствует единая точка зрения об анатомо-функциональном состоянии яичников в целом и их гормонопродуцирующей функции в частности в отдаленные сроки после гистерэктомии.

У больных миомой матки репродуктивного возраста имеется исходное снижение качества жизни, обусловленное симптомами основного заболевания (нарушение менструальной и репродуктивной функций, болевой и астенический синдром, нарушение работы смежных органов). У пациенток, готовящихся к миомэктомии, качество жизни достоверно ниже по показателям энергичности, боли и социальной изоляции, что обусловлено более частым нарушением репродуктивной функции и особенностями личности и темперамента пациенток [49, 50].

Миомэктомия является операцией выбора у больных миомой матки репродуктивного и старшего репродуктивного возраста. Эта операция не только избавляет от симптомов основного заболевания, но и способствует восстановлению и поддержанию высокого уровня качества жизни и оптимального функционального состояния яичников.

По данным Д.В. Долецкой, гистерэктомия, проведенная по поводу миомы матки в репродуктивном и старшем репродуктивном возрасте, способствует восстановлению качества жизни женщин в течение года после операции за счет исчезновения симптомов основного заболевания. Через 2 года и более после гистерэктомии происходит повторное снижение качества жизни женщин, обусловленное ухудшением функционального состояния яичников и снижением в них стероидогенеза [49].

В течение первых 3 мес после миомэктомии и гистерэктомии по поводу миомы матки, произведенной в репродуктивном возрасте, происходит ухудшение функционального состояния яичников (характеризующееся снижением стероидогенеза и частоты овуляторных циклов, уменьшением диаметра фолликулов и желтого тела), вызванное угнетением кровотока в яичниковой артерии и снижением внутрияични-

кового кровотока. Достоверно более значительное угнетение функционального состояния яичников происходит после гистерэктомии. В течение 6–12 мес после миомэктомии наблюдается полное восстановление функционального состояния яичников, которое сохраняется и поддерживается в течение 4 лет после операции. Через 5 лет после миомэктомии происходит незначительное возрастное ухудшение функционального состояния яичников, не влияющее на качество жизни женщин. А после гистерэктомии в течение года не происходит полного восстановления функционального состояния яичников. Через 1 год и в отдаленные сроки (до 10 лет) после гистерэктомии показатели стероидогенеза, кровотока в яичниковых артериях, внутрияичниковый кровоток и морфометрические показатели функциональной активности яичников остаются достоверно ниже предоперационного уровня, а также достоверно ниже соответствующих показателей у пациенток после органосохраняющей операции [49].

При отсутствии абсолютных противопоказаний к органосохраняющей операции у больных миомой матки репродуктивного возраста, нуждающихся в оперативном лечении, целесообразно проводить миомэктомию, даже если у женщины есть живые дети и она на данный момент не планирует деторождение. Данный выбор связан с более сохранным функциональным состоянием яичников и более высоким качеством жизни после миомэктомии, чем после гистерэктомии.

Другой альтернативой гистерэктомии является эндометриальная резекция и абляция в качестве хирургического лечения тяжелого менструального кровотечения [51]. Аномальные менструальные кровотечения, включающие меноррагии и метроррагии, являются важной причиной ухудшения здоровья у пациенток. Хирургическое лечение аномальных маточных кровотечений часто следует за неудачной или неэффективной медикаментозной терапией данной патологии. Окончательным и эффективным лечением является гистерэктомия, но это серьезная хирургическая процедура, которая может иметь осложнения в послеоперационном периоде. Обзор исследований показал, что абляция/резекция эндометрия — эффективная и, возможно, более дешевая альтернатива гистерэктомии с более коротким восстановительным периодом. Однако иногда после абляции/резекции эндометрия при неэффективности требуется дополнительное хирургическое лечение, включающее гистерэктомию [51, 52].

Говоря об органосохраняющих операциях, нельзя не упомянуть эмболизацию маточных артерий в качестве альтернативного метода в лечении миомы матки.

Доказано, что применение эмболизации маточных артерий позволяет значительно сократить число радикальных оперативных вмешательств по поводу сочетанной доброкачественной патологии миометрия, тем самым сохранить репродуктивное здоровье и значительно повысить качество жизни данной категории больных [53]. В ходе исследований, направленных на изучение влияния эмболизации маточных артерий на репродуктивное здоровье пациенток, проводилось тщательное изучение влияния эмболизации маточных артерий на кровоснабжение яичников, стероидогенез.

Было установлено, что у пациенток с величиной миомы, составляющей более 70% объема матки, и неблагоприятной локализацией узлов (область дна и трубных углов), способствующей снижению кровотока гонад, наступает временное угнетение функции яичников на фоне эмболизации маточных артерий. Но уже через 1 мес у данной категории пациенток происходит улучшение функции яичников на фоне регресса узлов и повышения кровоснабжения яичников, выражающееся восстановлением полноценного двухфазного менструального цикла у пациенток с недостаточностью лютеиновой фазы [54].

При исследовании гормонального профиля у пациенток после эмболизации маточных артерий через 3 и 6 мес были выявлены колебания основных его показателей в пределах референсных значений [55]. При изучении концентрации гонадотропных гормонов у больных максимальные изменения их содержания были зарегистрированы через 6 мес после эмболизации маточных артерий. При этом концентрация ФСГ увеличилась на 12,79% по сравнению с результатами до эмболизации маточных артерий. Колебания уровня ЛГ были более выражены и составили 29,13%. Однако все изменения были незначимыми и не приводили к развитию симптомов, характерных для синдрома постгистерэктомии.

По данным некоторых авторов, при адекватной оценке особенностей кровоснабжения и правильной технике выполнения эндоваскулярной окклюзии маточных артерий не происходит снижения гормональной функции яичников с развитием аменореи [53].

При решении вопроса о проведении гистерэктомии необходимо обозначить: удалить или оставить неизмененную шейку матки в ходе операции?

Проводилось исследование, при котором оценивались мочевая и половая функции у пациенток после тотальной и субтотальной гистерэктомии по поводу доброкачественных заболеваний матки. Было выявлено, что тотальная гистерэктомия в сравнении с субтотальной требует большего времени и сопряжена с большей кровопотерей.

Мочевая функция в послеоперационном периоде характеризуется незначительным улучшением, за исключением увеличения частоты стрессовой инконтиненции у больных после тотальной гистерэктомии. Изменений функций кишечника после операции выявлено не было. При оценке сексуальной функции отмечено снижение числа пациенток, живущих половой жизнью. Ухудшение качества половых отношений достоверно больше в группе пациенток после тотальной гистерэктомии [56]. Поскольку субтотальная гистерэктомия минимизирует анатомические нарушения, эта операция может быть менее травматичной в сравнении с тотальной гистерэктомией [57].

Еще в одном исследовании было высказано предположение, что субтотальная гистерэктомия могла бы снизить вероятность развития сексуальных нарушений или проблем с мочеиспусканием или стулом. Но этот вывод не нашел никаких доказательств различия между этими двумя операциями [55]. Единственным преимуществом субтотальной гистерэктомии оказалась чуть меньшая кровопотеря во время или сразу после операции [58].

Другим безусловно важным моментом является возможность возникновения в культе шейки матки патологических изменений, особенно рака. К сожалению, до сих пор в литературе нет единого мнения о том, что следует считать так называемым истинным раком культы, т.е. самостоятельно развившимся в отдаленные сроки после ампутации тела матки, в противоположность росту ранее имевшегося злокачественного образования шейки матки, которое не было диагностировано ни до, ни в ходе операции. Возможно, на современном этапе развития гинекологии целесообразно согласиться с точкой зрения А. Cull о том, что критерием развития рака в культе должен служить период времени после операции не менее 2 лет [59]. Подобной позиции придерживается ряд гинекологических школ [60].

Случаи развития рака в культе шейки матки в среднем составляют от 0,39 до 0,68% от общего числа заболеваний шейки матки, тяжелая форма дисплазии шейки матки встречается у 1,04% больных миомой матки и у 1,02% в популяции, в связи с чем авторы справедливо отмечают, что лишь тщательное обследование шейки матки перед операцией, включающее обязательное цитологическое исследование и кольпоскопию, позволяет заметно снизить процент возникновения рака в культе шейки [52].

Внимание ряда исследователей привлекал вопрос об особенностях кровообращения в оставленной культе шейки матки и о положении органов малого таза в отдаленные после операции сроки. Что касается

кровообращения в оставленной культе шейки после надвлагалищной ампутации матки, то наличие большого количества коллатералей, относящихся к нисходящим ветвям маточной артерии и питающих шейку, обеспечивает сохранение нормального кровообращения в культе. Плетизмографическое исследование М.Р. Vessey и соавт. показало картину неизмененного кровообращения в культе шейки матки без признаков ишемии [63]. Доказано, что опущение стенок влагалища после тотальной гистерэктомии встречается в 2 раза чаще, чем после субтотальной [64]. Также у больных, подвергшихся тотальной гистерэктомии, чаще обнаруживаются клинические проявления кольпита (6,1%), чем в группе пациенток после субтотальной гистерэктомии (1,0%) [62, 63].

Вместе с тем ряд исследователей последовательно придерживаются мнения о целесообразности проведения тотальной гистерэктомии даже при неизменной шейке во избежание возможности развития злокачественного процесса в оставленной культе [9]. Однако данная позиция в большей степени основана не на тщательном эпидемиологическом и статистическом исследовании, а скорее на опыте и интуиции врача.

Другой кардинальный вопрос современной оперативной гинекологии связан с противоречивыми мнениями о возможности развития патологии яичников после удаления матки. Так, по данным Т. Lewis, новообразования в яичниках были выявлены у 25% больных, перенесших гистерэктомию: у 15% — доброкачественные и у 10% — злокачественные [48], хотя, по данным J. De Neef и соавт., доброкачественная патология яичников после гистерэктомии возникала лишь у 3,5% больных, и ни в одном наблюдении не был зарегистрирован злокачественный процесс [64]. В исследованиях С. Randall и соавт. на большом материале доказано, что гистерэктомия ведет к выраженным морфологическим и функциональным изменениям яичников, не влияя при этом на частоту образования кист [65]. Полагают, что возможную роль в образовании кист в оставленных яичниках могут играть односторонняя овариэктомия и тубэктомия, что может вести к изменению иннервации, васкуляризации и функции яичников [41, 65].

М.С. Schofield диагностировал рак яичников лишь у 0,2% больных, перенесших удаление матки [66]. По данным Е.Н. Стафеевой, опухоли яичников возникли у 0,9% больных после надвлагалищной ампутации матки и у 2,25% больных после экстирпации матки (ЭМ), причем у 0,36% после ЭМ возник рак яичников [67].

В исследованиях А. Cull выявлен рак яичников у 0,17% больных после удаления матки [59], что совпадает с данными G.M. Whitelaw, обнаружившего доброкачественные опухоли также лишь у 0,33% боль-

ных аналогичной группы [63]. Согласно эпидемиологическим исследованиям С. Randall установлено, что рак яичников в популяции встречается у 0,9% женского населения; а по данным М.Р. Vessey — лишь у 0,8% женщин [65, 18].

Значение профилактической оофорэктомии во время гистерэктомии является предметом оживленных дискуссий в современной гинекологии. Причем наиболее важным аргументом в пользу профилактического удаления яичников является профилактика рака [68]. С одной стороны, проспективным статистическим исследованием J. Nathorst-Boos доказано, что если бы были удалены яичники у всех пациенток старше 40 лет, удалось бы избежать развития рака лишь у 5,2% пациенток [69]. Однако отрицательные последствия профилактического удаления яичников во время гистерэктомии потребовали бы проведения менопаузальной гормональной терапии (МГТ) для профилактики системных изменений, возникающих после овариоэктомии. Известно, что гормонотерапия может быть противопоказана или пациентки отказываются по каким-то причинам принимать гормоны [70, 71]. По-видимому, можно согласиться с мнением В.М. Landgren, который считает, что следует расширять показания к удалению яичников профилактически лишь у пациенток с семейной предрасположенностью к возникновению рака яичников и у пациенток с высоким риском развития этого заболевания [72].

Отсутствие единой точки зрения в вопросе профилактической овариэктомии достаточно ярко отражает сообщение I.L. Janis и соавт., которые в 1992 г. провели опрос членов Английской королевской коллегии акушеров и гинекологов по поводу их отношения к профилактической овариэктомии во время операции по удалению матки [73]. Результаты опроса показали, что 24% гинекологов предпочитают удалить яичники одновременно с гистерэктомией в возрасте пациенток 45–49 лет, 59% — в возрасте старше 49 лет и 75% врачей удаляют яичники в постменопаузальном периоде. Авторы приходят к закономерному выводу о том, что вопрос о сохранении интактных яичников во время гистерэктомии у молодых женщин не вызывает сомнения, у пациенток в пременопаузальном периоде является спорным, а у пациенток в постменопаузе предпочтительным является их удаление. Хотя известно, что яичники продолжают функционировать как минимум первые 2–3 года после прекращения менструаций [74]. Заслуживает внимания точка зрения многих исследователей о том, что при решении вопроса о судьбе яичников необходимо учитывать результаты ультразвукового и биохимического (опухольевые маркеры) исследований [32, 75]. Достаточно впечатляющими являются результаты исследований J. De Neef и Z. Hollenbeck (1996),

которые вполне обоснованно считают, что для предотвращения развития рака яичников у 3 пациенток нужно удалить их при 10 000 гистерэктомий, хотя хирург производит в среднем лишь 5000 подобных операций. Таким образом, гинеколог может спасти одну больную от рака яичника ценой того, чтобы одновременно ввести всех остальных оперированных пациенток в искусственную менопаузу [64].

М.М. Высоцкий и соавт., анализируя полученные собственные результаты, также приходят к выводу, что радикальная тактика не обоснована с позиций патогенеза злокачественных опухолей яичников и поэтому не может быть использована только для профилактики рака яичников [76]. При выборе аднексэктомии должен учитываться и ряд других факторов: возраст пациентки, тип патологии матки, макроскопическое состояние яичников. Точка зрения, что после гистерэктомии, выполненной с сохранением придатков матки, чаще развиваются как доброкачественные, так и злокачественные опухоли яичников, довольно широко распространена в медицинском сообществе. Однако в дискуссиях о выборе объема операции чаще многие врачи опираются не на четкие медико-правовые основания, а на личные точки зрения, забывая, что гистерэктомия сама по себе, независимо от доступа, может влиять на функцию яичников. В США 78% женщин в возрасте от 45 до 64 лет и 55% пациенток, подвергающихся операции гистерэктомии, получают и оофорэктомию как сопутствующую операцию. В своем классическом труде «Опухоли яичников» И.Д. Нечаева утверждает, что до 8% больных раком яичников в прошлом перенесли гистерэктомию без придатков, т.е. у этих пациенток можно было бы избежать рака яичников [77].

Изучая катамнез пациенток, ранее оперированных в объеме субтотальной гистерэктомии без придатков, И.Б. Манухин и соавт. (2007) показали, что у значительной части пациенток старше 45 лет, подлежащих операции экстирпации культи шейки матки и двусторонней аднексэктомии, диагноз «опухоль яичника» был поставлен в 1-й год после лапаротомной ампутации матки. Эти же авторы показали, что односторонняя аднексэктомия сама по себе минимум в 2 раза (а для муцинозных опухолей — в 15 раз) увеличивает риск «вторичных» поражений яичников [78]. Собственно, именно эти соображения и являются основанием для удаления придатков у большинства пациенток, переносящих гистерэктомию. Данные литературы свидетельствуют о неоднократных попытках стандартизации выбора объема гистерэктомии с использованием всех возможных факторов риска развития опухоли яичника в последующем [80, 81].

По мнению некоторых авторов, возможными причинами опухолевидной трансформации сохраненных яичников после гистерэктомии

может быть отсутствие их фиксации в анатомическом положении в полости малого таза, изменение их кровоснабжения [82]. Н.В. Яценко в своей работе продемонстрировала, что исходный тип кровоснабжения яичников определяет физиологическую адаптацию яичников у женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии (надвлагалищной ампутации матки). По мнению автора, овариопексия к круглой связке матки при гистерэктомии снижает зависимость послеоперационного восстановления кровотока и гормоносинтезирующей функции оставленных яичников от исходного неблагоприятного типа кровоснабжения гонад за счет яичниковой ветви маточной артерии. В данном случае в достоверно меньшей степени происходит повышение сосудистого сопротивления и снижение скорости кровотока в яичниковой ткани, что в отдаленном послеоперационном периоде способствует сохранению гормонопродуцирующей функции яичников [82].

По результатам Кохрейновского обзора нет достоверных данных о необходимости проведения профилактической аднексэктомии при гистерэктомии. Конечно, удаление яичников во время гистерэктомии потенциально снизит риск развития рака яичников и уменьшит необходимость в будущих гинекологических процедурах. Однако в пременопаузе женщины, которым удалили яичники, имеют повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний и других осложнений из-за развития постгистерэктомического синдрома [83, 84]. Поэтому пока доказательств профилактического удаления яичников следует рассматривать с осторожностью.

И еще один ключевой вопрос, который возникает при проведении гистерэктомии: удалять или сохранять маточные трубы?

В настоящее время активно обсуждается вопрос о роли профилактической тубэктомии или фимбриоэктомии в качестве меры профилактики рака яичников [85–88], влияние которой на овариальную функцию еще предстоит выяснить. В работах школы Kigman в последние годы появились данные о возможности развития серозных раков яичника из трубного эпителия [89–90]. В ряде работ также указывается, что муцинозные опухоли и опухоли Бреннера развиваются из эпителиальных гнезд промежуточного типа в трубно-мезотелиальном переходе в процессе метаплазии. К. Levanon (2010) с соавторами подтверждают, что истинным источником рака яичников является фаллопиева труба [91]. По их данным, полученным с помощью методов протеомного анализа, из культуры клеток секреторного эпителия маточной трубы удалось получить белки — маркеры рака яичников. Однако дальнейшее развитие этой культуры клеток остается неясным.

Проанализировав базу данных Medline с 1995 по 2007 гг., S. Salvador и соавт. (2009) пришли к выводу, что попадание в маточную трубу различных цитокинов во время менструации и воспалительные процессы могут приводить к развитию рака яичников из выстилки маточной трубы [95–98]. Указанные данные автоматически переводят дискуссию о необходимости проведения профилактической тубэктомии при гистерэктомии.

На сегодняшний день нет однозначного мнения о влиянии профилактической тубэктомии при гистерэктомии на стероидогенез яичников. Так, по данным одних авторов, выявлена тенденция к более выраженным гемодинамическим и гормональным нарушениям, сочетающимся с клиническими проявлениями гипозестрогении в виде увеличения нейровегетативных, обменно-эндокринных и психоэмоциональных нарушений у пациенток после проведенной гистерэктомии в сочетании с тубэктомией [96]. Анализ содержания яичниковых гормонов у тех пациенток, у которых гистерэктомия сопровождалась удалением маточных труб, показал снижение уровня эстрадиола через 1 мес после операции почти в 3 раза, в то время как у пациенток с сохраненными маточными трубами — только на 20% [96]. Также отмечалось более значимое повышение уровней ФСГ и ЛГ в группе женщин, которым в сочетании с гистерэктомией проводилось удаление маточных труб. По клиническим симптомам в послеоперационном периоде выраженность яичниковой недостаточности у пациенток после гистерэктомии с сохраненными маточными трубами наблюдалась легкой степени в 33,9% случаев, средней степени — в 1,5% и тяжелой — в 2,6%. У пациенток после гистерэктомии в сочетании с тубэктомией, соответственно, 6,7, 23,8 и 50,7%. В связи с этим авторы считают тубэктомию фактором риска развития яичниковой недостаточности у женщин после проведения гистерэктомии с сохранением яичников [96–98].

Другие авторы указывают на отсутствие влияния проведенной гистерэктомии в сочетании с тубэктомией на функцию яичников, основываясь на результатах исследования гормонального фона пациенток, которым с гистерэктомией проводилась или не проводилась тубэктомия [99–100].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Веревкина О.М. Корреляционные модели особенностей клинической картины постгистерэктомического синдрома // Аспирантский вестник Поволжья. Акушерство и гинекология. — 2010. — № 7–8. — С. 78–83.