

РАЗДЕЛ 1. КЛИНИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ CHAPTER 1. CLINICAL DISCIPLINES

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

С.Д. ТУМАБАЕВА, А.М. ЕСЕНГУЛОВА, Ж.Н. БАЙМУХАНБЕТОВА

Институт репродуктивной медицины

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ

УДК 618.14:681.784.8

В работе представлен анализ результатов оперативного лечения субмукозной миомы матки путем гистерорезектоскопии, проведенной на базе отделения оперативной гинекологии Института Репродуктивной Медицины за период с 2012г по 2015г. Трансцервикальная миомэктомия является эффективным методом восстановления менструальной и репродуктивной функции у женщин с субмукозной миомой матки.

Ключевые слова: субмукозная миома матки, гистерорезектоскопия, бесплодие.

Миома матки – наиболее распространенная доброкачественная опухоль внутренних половых органов, встречается у 20-50% женщин репродуктивного возраста, а наиболее высокий риск (до 80%) развития этого заболевания имеют женщины в 30-40 летнем возрасте [1-4]. Таким образом, пик заболеваемости приходится на социально активный возраст. [5]

При этом наиболее неблагоприятным клиническим течением сопровождаются миоматозные узлы с подслизистым расположением. Субмукозные миомы матки составляют 5-10% среди всех миом. Они имеют наиболее выраженные клинические признаки, являясь одной из причин болевого синдрома, меноррагий, метроррагий, анемизирующих больную, а также нарушений репродуктивной функции, в частности невынашивания беременности, бесплодия, преждевременных родов. Данная проблема становится тем более актуальной, когда решаются вопросы восстановления детородной функции. До настоящего времени роль миомы матки в генезе бесплодия до конца не изучена, однако у 20% бесплодных женщин она является единственной патологией репродуктивной системы (Краснопольский В.И., 2003; Кулаков В.И., 2001; Holloway R.W, 2009). По данным статистических отчетов США, миома матки является основной причиной хирургического лечения у 38,8% женщин в возрасте от 18 до 40 лет и у 67% - в возрасте старше 45 лет. Соотношение радикальных и органосохраняющих операций обычно составляет 6 к 1. [6]

У 80-90% больных миомой матки выполняется гистерэктомию, сопровождающаяся значительной хирургической травмой, кровопотерей и утратой репродуктивной функции. После такой радикальной операции у 20-30% женщин появляются психоэмоциональные расстройства, изменение нейроэндокринной системы, нарушение уродинамики, которые в значительной степени ухудшают качество жизни женщин. [7,8] Одним из органосохраняющих методов лечения при субмукозной локализации узлов является трансцервикальная гистерорезектоскопическая миомэктомия. Преимуществами

гистерорезектоскопии по сравнению с традиционным хирургическим лечением являются малая травматичность, уменьшение интраоперационной кровопотери, снижение длительности оперативного вмешательства, отсутствие осложнений, связанных с вхождением в брюшную полость, а также высокая экономичность.

Цель исследования: оценить результаты трансцервикальной миомэктомии у пациенток с субмукозной миомой матки.

Материал и методы исследования.

В данном исследовании проведен анализ результатов лечения 85 пациенток с субмукозной миомой матки в возрасте от 30 до 57 лет, пролеченных в отделении оперативной гинекологии ИРМ с 2012 по 2015 гг.

Средний возраст больных составил 40±4,3 лет. 48% пациенток беспокоили обильные и длительные менструации, сопровождающиеся слабостью, недомоганием. Ациклические кровянистые выделения из половых путей наблюдались у 52 % обследованных. Анемия тяжелой степени имела место у 3,4% пациенток.

При анализе репродуктивной функции выявлено, что 33(38,8%) женщины страдали бесплодием, из них 14 - первичным и 19 - вторичным бесплодием. Невынашивание беременности отмечали 7 больных, У пациенток с невынашиванием беременности в анамнезе было от 1-3 самопроизвольных выкидышей в сроках беременности от 5 до 13-14 недель. У 17 женщин было от 1 до 3 медицинских абортотв в анамнезе.

Гистерорезектоскопия проводилась пациенткам после обследования, включавшего в себя сбор анамнеза, общеклинические исследования, УЗИ малого таза, гистероскопию.

Перед проведением непосредственно операции трансцервикальной миомэктомии выполнялась диагностическая гистероскопия. Показанием к гистероскопии у пациенток были маточные кровотечения, а также нарушение репродуктивной функции, в частности бесплодие и невынашивание беременности. Гистероскопия, выполняемая перед операцией, позволяет идентифицировать миоматозный узел в полости матки, определить его размеры, локализацию, а также тип узла, что

является очень важным при выборе оптимального метода лечения.

При определении типа субмукозных миоматозных узлов нами была применена классификация Европейской ассоциации гинекологов эндоскопистов (ESGE). Согласно классификации ESGE выделяют 3 типа локализации подслизистой миомы матки:

– 0-й тип - подслизистый узел полностью располагается в полости матки, т.е. подслизистая миома матки на тонком основании;

– 1-й тип - в толще стенки матки локализуется менее 50% объема подслизистой опухоли (подслизистая миома матки на широком основании);

– 2-й тип - в толще стенки матки локализуется более 50% объема подслизистой опухоли.

После проведенного обследования пациенткам выполнялась трансцервикальная миомэктомия. Основной целью проведения гистероскопической миомэктомии являлась нормализация менструального цикла и восстановление репродуктивной функции.

С целью создания лучших условий для проведения операции пациенткам с выраженной анемией (гемоглобин ниже 70 г/л) проводилась предоперационная подготовка препаратом диферилин 3,75 мг №2 внутримышечно в сочетании с антианемической терапией. Плановую трансцервикальную миомэктомию у пациенток без предоперационной гормональной подготовки проводили в 1 фазу менструального цикла.

Гистерорезектоскопия выполнялась в условиях операционной под регионарной спинальной или внутривенной анестезией. Выбор метода анестезии зависел от размеров и типа субмукозного узла. Так, при размерах миомы до 2 см 0-1 типов применялась внутривенная анестезия, во всех остальных случаях операция выполнялась под регионарной спинальной анестезией.

Для гистерорезектоскопии был использован комплект эндоскопического оборудования «KarlStorz», включающего биполярный резектоскоп, эндомат, оптическую систему с видеокамерой и монитором. Трансцервикальная миомэктомия выполнялась по стандартной методике. После расширения цервикального канала расширителями Эгара и введения резектоскопа в полость матки электропетлей производили резекцию миоматозного узла с последовательным извлечением резецированных фрагментов миомы из полости матки.

С целью профилактики осложнений воспалительного характера пациенткам однократно вводили антибиотик широкого спектра действия. Во избежание осложнений, связанных с жидкостной перегрузкой сосудистого русла, проводили постоянный контроль за балансом вводимой и выведенной жидкости.

Во всех случаях было изучено гистологическое строение опухоли. На 3-и сутки после операции проводили УЗИ-контроль матки. Через 1 месяц после миомэктомии выполнялась контрольная гистероскопия с целью обследования полости матки, главным образом на предмет образования внутриматочных синехий.

Результаты исследования и обсуждение.

Количество удаленных узлов во время операции варьировало от 1 до 3, величина узлов колебалась от 1,0 до 5,0 см. У 22 пациенток отмечались

подслизистые узлы 0 типа, у 37- I типа и у 27 – II типа. Узлы 0 типа во всех случаях были удалены в течение одного вмешательства. У 8 пациенток с миомой I типа и у 11 с миоматозным узлом II типа операция была выполнена в два этапа с перерывом в 1 месяц.

Из интраоперационных осложнений следует отметить жидкостную перегрузку сосудистого русла в 2 (2,3%) случаях. Операция у этих пациенток была прекращена, проведено консервативное лечение с положительным эффектом, рекомендован второй этап. В послеоперационном периоде кровотечений или воспалительных осложнений не было.

Во всех случаях при изучении гистологического строения опухоли была подтверждена миома матки, патологических изменений при исследовании соскоба эндометрия не обнаружено.

Критерием эффективности проведенного лечения считали восстановление менструального цикла и прекращение маточных кровотечений. Менструальный цикл после трансцервикальной миомэктомии нормализовался у 80 (94,1%) пациенток. После операции 5 женщин продолжали беспокоить нарушения менструального цикла. У одной из них менструации оставались обильными вследствие оставшейся части миомы, уходящей глубоко в мышечный слой. Пациентке была выполнена тотальная гистерэктомия. У остальных 4 пациенток нарушения менструального цикла связаны с сочетанием у них миомы матки с аденомиозом.

При контрольной гистероскопии через месяц после операции внутриматочных синехий не отмечено. У 2 пациенток через 2 года после операции при повторной гистероскопии был выявлен рецидив подслизистой миомы матки.

В отношении влияния миомэктомии на частоту наступления беременности цифры по данным литературы варьируют от 20,1% до 73%. [9] В нашем исследовании у 5 (21,7%) из 23 пациенток с бесплодием наступила самостоятельная беременность, завершившаяся у всех своевременными родами.

Другим 5 пациенткам по показаниям была проведена программа ЭКО. У 3 пациенток беременности в результате программы не получено. У 1 пациентки беременность по программе ЭКО завершилась самопроизвольным выкидышем в сроке 14 недель. 1 пациентка на данный момент находится на диспансерном наблюдении у гинеколога со сроком беременности 34 недели.

У остальных 13 пациенток отсутствие беременности объясняется сочетанием с другими причинами бесплодия (мужской, трубно-перитонеальный факторы, эндометриоз).

Таким образом, гистерорезектоскопия, применяемая для лечения субмукозной миомы матки, является методом выбора для восстановления менструальной и репродуктивной функции женщины. В 94,1% случаев трансцервикальная миомэктомия дает положительный клинический эффект в отношении восстановления менструальной функции и прекращения маточных кровотечений. Восстановление репродуктивной функции при отсутствии других причин бесплодия имело место у 21,7% пациенток. Частота осложнений составила 2,3%. Преимуществами гистерорезектоскопии являются сохранение органа, значительное уменьшение операционной травмы, менее выраженный в последующем спаечный процесс, что повышает вероятность наступления беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Вихляева Е.М., Савельева И.С., Городничева Ж.А. Возможности клинического применения антипрогестинов в акушерстве и гинекологии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2007. - №2. - С. 54-63.
- 2 Доброхотова Ю. Э., Хачатрян А. С., Ибрагимова Д. М. Миома матки. Современные вопросы патогенеза и медикаментозной редукционной терапии // Доктор.Ру. Гинекология. Эндокринология. - 2013. - №7(85). - Ч. I. - С. 29-32.
- 3 Тихомиров А.Л., Ботаева А.Е. Антагонисты рецепторов прогестерона в структуре комплексного органосохраняющего лечения миомы матки // Акушерство и гинекология. - 2012. - №5. - С. 113-117.
- 4 Фактулин М.Ф., Баканов А.Г. Применения антипрогестинов для профилактики для рецидивов после консервативной миомэктомии // Акушерство и гинекология. - 2011. - №1. - С. 101-114.
- 5 Айламазян Э.К. Гинекология. – СПб.: СпецЛит, 2008. - 416 с.
- 6 Flimm M., Jamison M, Myers E. Health care resource use for uterine fibroid tumors in the United States // J.Obstet Gynecology. - 2006. - №195 (4). - С. 955-964.
- 7 А. А. Байназарова, Д. Д. Шардарбекова, М. М. Гериева, А. Н. Чупин, М. Е. Ким, Г. М. Азимкулова Эндоскопическая хирургия субмукозной миомы матки // Экология и медицина. - 2011. - №2(59). - С. 76-78.
- 8 В. И. Кулаков, Л. В. Адамян Эндоскопия в гинекологии. – М.: Медицина, 2000. - 384 с.
- 9 Пряничникова А.В. Оптимизация программы прогнозирования и профилактики рака эндометрия на фоне миомы матки : дис. ... канд. мед. наук - Самара, 2005. - 143 с.

С.Д. ТУМАБАЕВА, А.М. ЕСЕНГУЛОВА, Ж.Н. БАЙМУХАНБЕТОВА

Репродуктивті Медицина Институты

**ЖАТЫРДЫҢ СУБМУКОЗДЫ МИОМАСЫН ЕМДЕУДЕГІ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЯНЫҢ
ТИМДІЛІГІН БАҒАЛАУ**

Түйін: Зерттеу жұмысында Репродуктивті Медицина Институтының базасының оперативті гинекология бөлімшесінде 2012 жылдан 2015 жылға жүргізілген жатырдың субмукозды миомасын гистерорезектоскопиялық ота жолымен емдеудің нәтижелеріне талдау көрсетілген. Трансцервикальды миомэктомия жатырдың субмукозды миомасын бар әйелдердің етеккір қызметі мен репродуктивті қызметін қалпына келтіруді тиімді әдіс болып табылады.

Түйінді сөздер: жатырдың субмукозды миомасы, гистерорезектоскопия, бедеулік.

S.D. TUMABAEVA, A.M. YESSENGULOVA, ZH.N. BAYMUHANBETOVA

Institute of Reproductive Medicine

EVALUATION OF HYSTERORESECTOSCOPIC TREATMENT OF SUBMUCOUS UTERINE FIBROIDS

Resume: This study represents an analysis of outcomes following a surgical treatment of submucous uterine fibroids with a hysteroscopic myomectomy performed at the department of operative gynecology at the Institute of Reproductive Medicine from 2012 to 2015. Transcervical myomectomy is an effective method of restoring menstrual and reproductive function in women with submucosal uterine fibroids.

Keywords: submucosal uterine fibroids, hysteroscopic myomectomy, infertility.

А.Р. ОНЛАС, Ж.Ж. НУРУМБЕТОВА, А.Е. КАЛДИБЕКОВА

Репродуктивті медицина институты.

Қазақстан, қ. Алматы

**АНАЛЫҚ БЕЗІНІҢ ПОЛИКИСТОЗДЫ СИНДРОМЫНЫҢ
ЗАМАНАУИ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ
(ӘДЕБИЕТТЕРДІ ШОЛУ)**

УДК 618.11-006.31-07-08

Қазіргі уақытта аналық безінің поликистозды синдромы клиникалық және қоғамдық денсаулық тұрғысынан маңызды болып табылады. Бұл аурумен репродуктивті жастағы әйелдердің бестен бірі зардап шегеді. Бұл айтарлықтай әртүрлі клиникалық көріністерге ие, айта кетсек репродуктивті (бедеулік, гиперандрогенезм, гирсутизм), метаболикалық (инсулинрезистенттілік, глюкозаға толеранттылықтың бұзылуы, 2-ші тип қант диабеті, қан тамыр жүйесінің жағымсыз қауіп қатері) және психологиялық ерекшеліктері (жоғары үрейлілік, депрессия және өмір сапасының нашарлауы).

Түйінді сөздер: Аналық безінің поликистозды синдромы, өзектілігі, таралымы, этиопатогенезі, клиникасы, емі.