

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ

Ахмедова Н.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

Показаниями к проведению гистерорезектоскопии у пациенток были маточные кровотечения и нарушения репродуктивной функции, включая бесплодие и невынашивание беременности. Диагностическая гистероскопия, проведенная перед операцией, позволила уточнить диагноз и определить объем хирургического вмешательства.

Ключевые слова. Миома матки, субмукозная, гистерорезектоскопия, хирургическое вмешательство.

EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF HYSTERORESECTOSCOPY IN THE TREATMENT OF SUBMUCOUS UTERINE FIBROIDS

Akhmedova N.M.

Andijan State Medical Institute

Abstract

Indications for hysteroresectoscopy in patients were uterine bleeding and reproductive dysfunction, including infertility and miscarriage. Diagnostic hysteroscopy performed before the operation allowed us to clarify the diagnosis and determine the scope of surgical intervention.

Keywords. Uterine fibroids, submucous, hysteroresectoscopy, surgical intervention.

Актуальность. Миома — наиболее распространённая доброкачественная опухоль в женской половой системе, которая клинически проявляется у 25% пациенток [1]. Она возникает из мышечных волокон и состоит из клеток гладкой мускулатуры, связанных с соединительной фиброзной тканью в различных количествах. Заболеваемость выше у женщин в возрасте 30–40 лет [2].

Как правило, миомы не вызывают симптомов; их обнаруживают с помощью УЗИ, и они не требуют хирургического вмешательства. Однако, когда они вызывают симптомы, чаще всего во время менструации, они могут вызывать аномальные маточные кровотечения, боль, давление в области таза и бесплодие [3].

Расположение миомы имеет решающее значение для возникновения симптомов. Субмукозная миома может вызывать более выраженные симптомы, такие как аномальное маточное кровотечение (АМК), длительные и обильные менструации, требующие хирургического вмешательства. Она также может быть причиной бесплодия, действуя как барьер для сперматозоидов или внутриматочная спираль, препятствуя прикреплению яйцеклетки и делая беременность или сохранение беременности невозможными [4].

В 80–90% случаев при миоме матки выполняется гистерэктомия — сопровождающаяся значительной хирургической травмой, значительной кровопотерей и потерей репродуктивной функции [5].

После такой операции у 20–30% женщин могут наблюдаться психоэмоциональные расстройства, изменения в работе нейроэндокринной системы и нарушения мочеиспускания, что существенно ухудшает качество жизни.

Одним из методов лечения, позволяющим сохранить орган, является трансцервикальная гистерорезектоскопическая миомэктомия. Эта методика применяется при субмукозной локализации узлов.

Преимущества гистерорезектоскопии перед традиционной хирургией:

- меньшая травматичность;
- снижение интраоперационной кровопотери;
- сокращение времени операции; отсутствие осложнений, связанных с доступом к брюшной полости;
- экономичность.

Цель исследования: оценить результаты трансцервикальной гистерорезектоскопическая миомэктомии больных с субмукозной миомой матки.

Материал и методы исследования.

В рамках данного исследования были проанализированы результаты лечения 90 женщин, страдающих от субмукозной миомы матки. Возраст пациенток варьировался от 35 до 60 лет, и все они проходили лечение в отделении оперативной гинекологии Перинатального центра в период с 2022 по 2023 год. Средний возраст женщин составил $40 \pm 4,3$ лет и года.

40 из 90 больных жаловались на обильные и продолжительные менструации, которые сопровождались слабостью и общим недомоганием. У 46,7% женщин были отмечены ациклические кровянистые выделения из половых путей. У 5,6% пациенток была диагностирована тяжёлая степень анемии.

Анализ репродуктивной функции показал, что 36 (40,0%) женщины страдали бесплодием. Из них 12 (33,4%) имели первичное бесплодие, а 17 (47,2%)— вторичное. У 7 (19,4%) пациенток в анамнезе было невынашивание беременности. Женщины с невынашиванием беременности в прошлом имели от 1 до 3 самопроизвольных выкидышей на сроках беременности от 5 до 13–14 недель. У 17 (47,2%) женщин в анамнезе было от 1 до 3 медицинских абортов.

Перед проведением операции трансцервикальной миомэктомии пациенткам было проведено комплексное обследование, включающее сбор анамнеза, общеклинические исследования и УЗИ малого таза. Диагностическая гистероскопия выполнялась перед проведением гистероскопии. Показаниями к гистероскопии были маточные кровотечения, а также нарушения репродуктивной функции, такие как бесплодие и невынашивание беременности.

Перед операцией пациенткам проводится гистероскопия, которая помогает выявить миоматозный узел в полости матки, определить его размер,

расположение и тип. Эта информация является ключевой для выбора наиболее эффективного метода лечения.

После тщательного обследования назначается трансцервикальная миомэктомия. Её цель — восстановить менструальный цикл и репродуктивную функцию.

Если у пациентки наблюдается выраженная анемия (уровень гемоглобина ниже 70 г/л), то перед операцией проводится специальная подготовка. В таких случаях используется препарат диферилин в дозировке 3,75 мг №2 внутримышечно, который комбинируется с антианемической терапией.

В случае отсутствия предоперационной гормональной подготовки плановую трансцервикальную миомэктомию проводят в первую фазу менструального цикла.

Гистерорезектоскопия осуществляется в операционной под регионарной спинальной или внутривенной анестезией. Выбор вида анестезии зависит от размера и типа субмукозного узла.

При миомах размером до 2 см и относящихся к 0–1 типам, используется внутривенная анестезия. В остальных случаях предпочтение отдаётся регионарной спинальной анестезии.

Для проведения гистерорезектоскопии применяется комплект эндоскопического оборудования «KarlStorz». Он включает в себя биполярный резектоскоп, эндомат и оптическую систему с видеокамерой и монитором.

Трансцервикальная миомэктомия выполняется по стандартной методике. Сначала цервикальный канал расширяется с помощью расширителей Гегара, после чего резектоскоп вводится в полость матки. Миоматозный узел удаляется с помощью электропетли, а затем извлекается из матки.

Для профилактики воспалительных осложнений пациенткам однократно вводится антибиотик широкого спектра действия. Чтобы

избежать осложнений, связанных с избытком жидкости в сосудистом русле, постоянно контролируется баланс вводимой и выводимой жидкости.

После операции изучается гистологическое строение опухоли. На третьи сутки проводится УЗИ матки.

Через месяц после миомэктомии осуществляется контрольная гистероскопия, во время которой проверяется состояние полости матки, особенно на наличие внутриматочных синехий.

Результаты исследования и обсуждение. В ходе операции было удалено от одного до трёх узлов. Их размер составлял от 1,0 до 5,0 см.

У 22 пациенток были выявлены подслизистые узлы 0 типа, у 37 — I типа и у 27 — II типа.

Все узлы 0 типа были удалены за одну операцию.

Однако у 8 пациенток с миомой I типа и у 11 с миоматозным узлом II типа операция проводилась в два этапа с перерывом в один месяц.

В процессе операции у двух пациенток была выявлена жидкостная перегрузка сосудистого русла. В этих случаях операция была приостановлена, и было проведено консервативное лечение, которое привело к положительному результату. Врачи рекомендовали провести второй этап лечения.

Послеоперационный период протекал без кровотечений и воспалительных осложнений.

Гистологическое исследование опухоли подтвердило, что у всех пациенток была миома матки. Соскоб эндометрия не выявил никаких патологических изменений.

Основным критерием эффективности лечения было восстановление менструального цикла и прекращение маточных кровотечений.

У 80% пациенток (94,1%) после трансцервикальной миомэктомии менструальный цикл нормализовался. У пяти пациенток после операции продолжали наблюдаться нарушения менструального цикла. У одной из них менструации были обильными из-за оставшейся части миомы, которая

располагалась глубоко в мышечном слое. Этой пациентке была проведена тотальная гистерэктомия.

У четырёх пациенток нарушения менструального цикла были вызваны сочетанием миомы матки с аденомиозом.

Через месяц после операции при контрольной гистероскопии не было обнаружено внутриматочных синехий.

У двух пациенток через два года после операции при повторной гистероскопии был выявлен рецидив подслизистой миомы матки.

В литературе данные о влиянии миомэктомии на частоту наступления беременности варьируются от 20,1% до 73% [9].

В нашем исследовании у пяти из 23 пациенток с бесплодием, или 21,7%, после операции наступила самостоятельная беременность, которая завершилась своевременными родами.

Ещё пяти пациенткам по показаниям была проведена программа ЭКО. У трёх из них беременность не наступила. У одной пациентки беременность после ЭКО закончилась самопроизвольным выкидышем на сроке 14 недель. Одна пациентка на данный момент находится под наблюдением гинеколога на сроке беременности 34 недели.

У остальных 13 пациенток отсутствие беременности объясняется сочетанием с другими причинами бесплодия (мужским, трубно-перитонеальным факторами, эндометриозом).

Таким образом, гистерорезектоскопия, применяемая для лечения субмукозной миомы матки, является предпочтительным методом для восстановления менструальной и репродуктивной функции женщины.

В 94,1% случаев трансцервикальная миомэктомия даёт положительный клинический эффект в отношении восстановления менструальной функции и прекращения маточных кровотечений.

У 21,7% пациенток без других причин бесплодия было отмечено восстановление репродуктивной функции. Частота осложнений составила 2,3%.

Вывод. Преимуществами гистерорезектоскопии являются сохранение органа, снижение травматичности операции, уменьшение спаечного процесса в послеоперационном периоде, что повышает вероятность наступления беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузнецова И.В., Евсюкова Л.В. Миома матки и фертильность // Гинекология. – 2016. -№18(3). – С. 23-29. doi: 10.26442/2079-5696_18.3.23-29
2. Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Юрасов И.В., Чирков А.В. Рациональный выбор тактики ведения пациенток с миомой матки. Обзор литературы // Гинекология. – 2017. -№19(5). – С. 15-19.
3. Carranza-Mamane B., Havelock J., Hemmings R. Reproductive endocrinology and infertility committee special contributor. The management of uterine fibroids in women with otherwise unexplained infertility // J Obstet Gynaecol Can. – 2015. - №37(3). – С. 277-285. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30318-2.
4. Segars J.H., Parrott E.C., Nagel J.D., Guo X.C., Gao X., Birnbaum L.S. et al. Proceedings from the Third National Institutes of Health International Congress on Advances in Uterine Leiomyoma Research: comprehensive review, conference summary and future recommendations // Hum Reprod Update. – 2014. - №20(3). – P.- 309-333. doi: 10.1093/humupd/dmt058.
5. Baranowski W. Ulipristal acetate before high complexity endoscopic (hysteroscopic, laparoscopic) myomectomy - a mini-review // Prz Menopauzalny. – 2016. - №15(4). – P. 202-204. doi: 10.5114/pm.2016.65664.