

МРНТИ 76.29.48

## ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ

Д.В. Джакупов, Т.К. Кудайбергенов, Ж.У. Султанова, Д.Д. Шардарбекова, Ф.А. Кусаинова, А.Р. Онлас, Р.А. Жолдасов, Н.Б. Карабеков, Б.С. Садыкова, З.Е. Барманашева, Ж.М. Омаркулова

Институт репродуктивной медицины  
Казахский медицинский университет непрерывного образования  
Казахстан, Алматы

### АННОТАЦИЯ

В статье показана эффективность проведения гистерорезектоскопии у женщин репродуктивного возраста, страдающих различными нарушениями менструальной функции, бесплодием.

**Ключевые слова:** миома матки, гистерорезектоскопия, бесплодие

### ВВЕДЕНИЕ

Миома матки (ММ) — доброкачественная опухоль, как правило множественная (84%), растущая из незрелых миоцитов сосудистой стенки матки [1]. ММ развивается из мышечной ткани, которая в своей структуре содержит соединительно-тканевые компоненты, кровеносные сосуды, поэтому в зависимости от соотношения паренхимы (мышечная ткань) и стромы (соединительная ткань) эта опухоль имела различные названия: миома, фиброма, фибромиома, лейомиома. ММ самая распространенная опухоль у женщин, особенно позднего репродуктивного возраста (35-45 лет) и пременопаузального возраста (46-55 лет). Частота ММ у женщин репродуктивного возраста, по данным различных авторов, колеблется от 20 до 80% [2,3] Проблема приобретает все большую актуальность в связи с омоложением контингента больных с ММ, поздней реализацией женщиной репродуктивной функции.

Миому матки довольно часто рассматривают как причину бесплодия. Анализ литературы показывает, что ММ матки редко выступает как самостоятельный фактор бесплодия [4]. Предложен ряд механизмов, объясняющих развитие бесплодия на фоне ММ. Субмукозное расположение миоматозного узла может препятствовать нормальной имплантации. Миоматозный узел, расположенный в области маточного угла, приводит к обструкции устья маточной трубы. Большие миоматозные узлы могут нарушить анатомическое взаиморасположение яичников и маточных труб [5,6]. Следовательно, размер и локализация миом являются ключевыми факторами, определяющими вероятность развития бесплодия. Очевидно, что роль ММ в развитии бесплодия должна приниматься во внимание только после исключения других причин.

Наиболее распространенной является интерстициальная миома матки. По данным разных авторов её частота колеблется от 50 до 61% и более. Частота субсерозной миомы от 26 до 35%, субмукозной не более 13% [7]. В 50% случаев миома матки протекает бессимптомно [8]. Бессимптомное течение более характерно для небольшой

одиночной или множественной миомы с межмышечным и подбрюшинным расположением. Определенную проблему составляют субмукозные миомы матки, которые проявляются обычно нарушением менструального цикла по типу менометрорагии или гиперполименореи. Чаще всего в этих случаях для постановки диагноза применяют гистероскопию. Гистероскопия (ГСК) сочетает в себе не только диагностические возможности по выявлению любой внутриматочной патологии, но и оперативное пособие (внутриматочная хирургия, прицельная биопсия).

**Цель исследования** — определить значимость проводимой гистерорезектоскопии у женщин репродуктивного возраста с субмукозной миомой матки.

**Материалом исследования** послужило лечение 230 женщин с субмукозной миомой матки с 2011 по 2018 годы в гинекологическом отделении Института репродуктивной медицины.

### МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании применены клинические, диагностические, эндоскопические и патоморфологические методики исследования. ГРСК производили после расширения цервикального канала до 10,5р. Гегара и использовали жесткий эндоскоп с наружным диаметром дистальной части 10,0 мм фирмы KARL STORZ. Для введения жидкости с целью регуляции скорости потока жидкости и давления использовали электрическую помпу HAMOU ENDOMAT, фирмы KARL STORZ. На операции использовалась стойка для проведения ГРСК фирмы KARL STORZ. Для проведения резекции субмукозных узлов использовались электрохирургические аппараты Autocon 400 и ARC 400-Bowa (Германия)

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Средний возраст пациенток составил 36 лет. Из 230 женщин бесплодием страдали 127 пациенток (55,2%), причем вторичным бесплодием чаще — 59%, реже первичным — 41%, невынашиванием — 27 (11,7%). Остальные обследованные страдали различными нару-

шениями менструального цикла, чаще гиперполименореей, менометрорагией, по поводу чего пациенткам ранее проводились диагностические выскабливания полости матки, почти каждой второй, у каждой третьей выполнялась ранее гистероскопия, в 16% – гистерорезектоскопия, в 12% – лапароскопическая миомэктомия, в 26,5% имела место ранее перенесенная операция – кесарево сечение.

Проведение ГРСК потребовало проведение анестезиологического пособия: в 56,7% имела место внутривенная анестезия, в 30% спинальная анестезия и реже 13,3% ИВЛ с внутривенной анестезией.

Гистерорезектоскопия (ГРСК) – это современная органосохраняющая технология, позволяющая проводить трансцервикальные операции на матке без нарушения целостности ее стенки. ГРСК проводилась в 1 фазу цикла, на 5-10 день менструального цикла, когда эндометрий достаточной тонкий и не мешает осмотру или проводилась через 4-6 недель после последней инъекции аГнРГ. Во время проведения ГРСК использовали инфляторы эндомат (ирригация и аспирация) жидких сред в полость матки. Оптимальная скорость подачи жидкости была 200 мл/мин, внутриматочное давление не более 100 мм.рт.ст. В качестве жидких сред применялся 0,9% физиологический раствор, обычно его используют при применении биполярной энергии. За время проведения операции использовалось от 4 до 10 литров физиологического раствора.

Электрохирургическая резекция ММ проводилась петлевым электродом с использованием программы – Гинекология, Saline-Vi-гистероскопия. Большая петля. В режиме резание – Эффект 5 и в режиме коагуляция – Эффект 6 (Autosop 400). При использовании электрохирургического аппарата ARC 400-Вова выбирался режим резектоскопия и использовался эффект резание 2, коагуляция 2. При достижении миометрия возникало кровотечение из сосудов, которые коагулировались шаровым электродом в режиме «коагуляция». Кровопотеря обычно была минимальная.

При проведении операции обязательно контролировался ход электрохирургической петли и зона работы при активизации электрода. Резецирование производилось небольшими фрагментами, шаг за шагом. Движения петель резектоскопа осуществляли только по направлению от дна матки к цервикальному каналу. Узел резецировали петлей в продольном направлении, удаляли ткань узла как стружку. Процесс продолжался до полного иссечения подслизистого узла и достижения мышечного слоя матки. При проведении резектоскопии не обязательно было удерживать весь узел в поле зрения в ходе фрагментации. При локализации узла на передней или задней стенках матки фрагменты узла удалялись не сразу из полости матки. С помощью потока расширяющего раствора и петли фрагменты узла перемещались и извлекались

по мере накопления. Эта тактика была неприемлема при локализации узла в дне матки. При затруднении видимости проводилось промывание полости матки и удаление фрагментов миоматозного узла. Лапароскопический контроль обычно не проводился. Чаще ГРСК проводилась на 2 этапе, после предварительной гистероскопии. Однако, ГРСК проводилась в виде исключения и на 1 этапе: - как дополнение к кюретажу при невозможности полного удаления полипа и/или участков гиперплазированного эндометрия; при впервые выявленной одиночной субмукозной миоме матки; когда была необходимость взять прицельную биопсию.

В гистероскопии общепринятой классификацией выделяются три типа узлов: тип 0 — узел полностью находится в полости матки; тип 1 - большая часть узла находится в полости матки (более 50%); и тип 2 — меньшая часть узла находится в полости матки (менее 50%), а большая часть находится в толще стенки матки. Типы узлов 0 и 1 являются показанием для гистерорезекции, а 2 тип узла требует учета сопутствующих факторов.

В наших исследованиях у каждой пятой женщины субмукозные узлы удалены во время одного вмешательства при 0 степени, при 1 степени во время одного вмешательства узлы удалены в 78,6%, в 2 этапа 21,4%, и при 2 степени удаление узлов было во всех случаях в 2 этапа, обычно 2 этап был через 2-3 месяца после первой ГРСК.

При проведении ГСК установлено, что в среднем размер узла был около 2 см, среднее количество узлов 2. Максимально было удалено 11 субмукозных миоматозных узлов и максимальный размер узла был 6 см. Во всех случаях диагноз был подтвержден патоморфологическим методом, в 100% был подтвержден диагноз «миома матки».

Обычно беременность разрешалась через 1 мес. при удалении узла 0 типа, при удалении узла 1 типа через 3 месяца, 2 типа через 6 месяцев. При удалении узлов 0 типа и 1 типа роды возможны через естественные родовые пути, при 2 типе – кесарево сечение.

Отдаленные результаты нам удалось проследить у 147 пациенток из 230 (64,0%). Беременность наступила в 53 случаях (41,7%), причем в 10 наблюдениях беременность наступила самостоятельно, в 43 наблюдениях с помощью ЭКО. В большинстве случаев беременность наступила при 0 и 1 типе рождаемости.

Рецидивы имели место в 34 случаях (14,8%), что потребовало повторных хирургических вмешательств (ГРСК, лапароскопии, экстирпации матки). Осложнения имели место в 1,5% случаев.

Таким образом, выполнение гистерорезектоскопии является обоснованным при субмукозной миоме матки, у женщин с бесплодием и нарушением менструальной функции. Эффективность проведения гистерорезектоскопии составило 85,2%.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Сидорова И.С.. Миома матки. - М.: Медицинское информационное агентство, 2002. 256 с.
2. Локшин В.Н., Джусубалиева Т.М. Клиническая практика в репродуктивной медицине.- Алматы: MedMedia Казахстан, 2015.-464 с.
3. Кудайбергенов Т.К. Хирургическое лечение и реабилитация у больных с бесплодием.-Алматы. 2004.- 226 с.
4. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М., Юдаев В.Н. Репродуктивные аспекты гинекологической практике. 2002г, 222с.
5. Можейко Л.Ф., Гузей И.А. Гистероскопия. Гистерорезектоскопия. Учебно-методическое пособие. Минск. БГМУ, 2017г, с.33.
6. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология- хирургические энергии. Москва «Антидор», 2000г, 863 с.
7. Медведев М. В., Лютая Е. Д. Миома матки //Допплерография в гинекологии: Энциклопедия ультразвуковой диагностики в акушерстве и гинекологии./Под ред. Зыкина БИ, Медведева МВМ; Реальное время. – 2000. – С. 45-58.
8. Srividhya Sankaran, Isaac T. Manyonda. Medical management of fibroids. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology Vol. 22, No. 4, pp.655–676, 2008 doi:10.1016/j.bpobgyn.2008.03.001

**REFERENCES**

1. Sidorova I.S. Uterine fibroids .- М.: Medical News Agency, 2002. 256 p.
2. Lokshin V.N., Dzhusubalieva T.M. Clinical practice in reproductive medicine. - Almaty: MedMediaKazakhstan,2015.-464p.
3. Kudaibergenov TK Surgical treatment and rehabilitation in patients with infertility.-Almaty. 2004.- 226 p.
4. Tikhomirov A.L., Lubnin D.M., Yudaev V.N. Reproductive aspects of gynecological practice. 2002,222p.
5. Mozheiko L.F., Guzey I.A. Hysteroscopy. Hysteroresectoscopy. Teaching aid. Minsk. BSMU, 2017,33p.
6. Kulakov V.I., Adamyan L.V., Mynbaev O.A. Operative gynecology - surgical energy. Moscow "Antidor",2000,863p.
7. Medvedev M.V., Lyutaya E. D. Uterine fibroids // Dopplerography in gynecology: Encyclopedia of ultrasound diagnostics in obstetrics and gynecology./ Ed. Zykina BI, Medvedev MVM; Real time. - 2000 .-- S. 45-58.
8. Srividhya Sankaran, Isaac T. Manyonda. Medical management of fibroids. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology Vol. 22, No. 4, pp.655–676, 2008 doi:10.1016/j.bpobgyn.2008.03.001

## SUMMARY

## HYSTERORESECTOSCOPY IN THE TREATMENT OF UTERINE SUBMUCOUS FIBROIDS

**D.V. Dzhakupov, T.K. Kudaibergenov, J.U. Sultanova, D.D. Shardarbekova, F.A. Kusainova,  
A.R. Onlas, R.A. Zholdasov, N.B. Karabekov, B.S. Sadykova, Z.E. Barmanasheva, J.M. Omarkulova**

Institute of Reproductive Medicine, Almaty Department of Obstetrics and Gynecology, Kazakh Medical University of Continuing Education  
Kazakhstan, Almaty

The article presents the effectiveness of hysteroscopy in women of reproductive age, suffering from various disorders of menstrual function, infertility.

**Keywords:** *uterine fibroids, hysteroscopy, infertility*

## ТҮЙІНДЕМЕ

## ЖАТЫРДЫҢ СУБМУКОЗДЫ МИОМАСЫН ЕМДЕУДЕГІ ГИСТЕРОРЕСЕКТОСКОПИЯ

**Д.В. Жақыпов, Т.Қ. Құдайбергенов, Ж.У. Сұлтанова, Д.Д. Шардарбекова, Ф.А. Құсайынова, А.Р. Онлас,  
Р.А. Жолдасов, Н.Б. Қарабеков, Б.С. Садықова, З.Е. Барманашева, Ж.М. Омарқұлова**

Репродуктивті медицина институты, Алматы Акушерия және гинекология кафедрасы,  
Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті,  
Қазақстан, Алматы

Мақалада репродуктивті жастағы, етеккір функциясының әр түрлі бұзылуынан, бедеуліктен зардап шегетін әйелдерде гистероскопияның тиімділігі көрсетілген.

**Түйін сөздер:** *жатыр миомасы, гистероскопия, бедеулік*