ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУБМУКОЗНЫХ МИОМ МАТКИ

© Н. А. Соснин, С. А. Романов

ФГУ «Северный медицинский клинический центр им. Н. А. Семашко ФМБА России»,
Архангельск, Россия

Актуальность проблемы

Сохранение репродуктивной функции у женщин фертильного периода и гомеостаза у женщин в пременопаузе представляют одну из важных проблем современной гинекологии. Поэтому при хирургическом вмешательстве у больных с внутриматочной патологией возникает необходимость в применении органосохраняющих операций или уменьшения объема оперативного лечения. В гинекологии для этих целей используется гистерорезектоскопия.

В настоящее время гистерорезектоскопия представляет один из наиболее прогрессивных методов лечения субмукозных миом матки. С внедрением гистерорезектоскопии в клиническую практику был пересмотрен ряд традиционных канонических методов лечения больных с подслизистой миомой матки, гиперпластическими процессами эндометрия, внутриматочной перегородкой и внутриматочными сращениями. В частности, частота радикальных операций по поводу рецидивирующих маточных кровотечений уменьшилась в среднем на 30–40%.

Материал и методы

В нашем отделении оперативная гистерорезектоскопия используется с 2003 года. За этот период были выполнены 84 операции с использованием гистерорезектоскопа. Из них по поводу субмукозных миом выполнено 65 операций, что составило 77% всех операций. Средний возраст больных, прооперированных в отделении, составил 42,4 года (от 24 до 57 лет). Дооперационный койко-день составил 1, средний послеоперационный койко-день 2,3. Средняя длительность операции составила 58 минут (от 20 до 120 мин). При узлах более 5 см в диаметре мы рекомендовали пациентке альтернативные методы лечения. У 6 пациенток возникла необходимость сохранения фертильной функции при наличии подслизистой миомы 5 и более см. Мы удаляли опухоли в два этапа с отсроченным на 3 месяца вторым этапом. Между этапами пациенты получали антагонисты РГ.

Результаты

Перед операцией всем пациенткам проводилась диагностическая гистероскопия, уточня-

лись размеры и локализация подслизистой миомы, проводилось гистологическое исследование эндометрия. Все операции выполнялись с интраоперационной антибиотикопрофилактикой цефалоспорином и метрогилом. Проводился ультразвуковой контроль в ходе операции миомрезектоскопии с целью оценки степени инвазии узла в мышечный слой матки, что, по нашему мнению, снижает риск перфорации матки, особенно при появлении симптома «рождение миоматозного узла». На следующий день после операции мы применяем ультразвуковой контроль трансвагинальным датчиком для оценки состояния матки. Операции выполнялись под спинальной анестезией или эндотрахеальным наркозом, в качестве среды использовался 5% раствор глюкозы, в качестве основного инструмента — петлевой монополярный электрод. Расход раствора глюкозы на одну операцию составил 15,3 литра. Основным недостатком этого метода является гипергликемия, исследования уровня глюкозы в ходе операции составили от 8 до 21 ммоль/л. В некоторых случаях пациенты переводились в реанимационное отделение для контроля за уровнем гликемии. С 2009 года в отделении используется электродная петля с биполярной резкой, в качестве оптической среды применяется 0,9% физиологический раствор, естественно, при использовании данной среды подобных осложнений (гипергликемии) мы не отметили, расход на одну операцию составил в среднем 18,8 литра.

Заключение

Анализируя вышеизложенное, следует сказать, что гистерорезектоскопия имеет большое значение в хирургическом лечении подслизистых миом, поскольку позволяет сохранить матку и ее функции — менструальную и фертильную. Немаловажным является и финансово-экономический аспект в использовании миомрезектоскопии — сокращается время нахождения в стационаре, минимальное использование медикаментов, быстрое выздоровление и возвращение к трудовой деятельности по сравнению с традиционными хирургическими методами лечения.