

© В. Г. Бреусенко, О. И. Мишиева,  
И. В. Караченцова, Ю. А. Голова,  
Н. А. Шевченко

## МЕСТО БИПОЛЯРНОЙ ГИСТЕРОРЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СУБМУКОЗНОЙ МИОМОЙ МАТКИ

ГОУ ВПО Российский государственный  
медицинский университет Росздрава, Москва

УДК: 618.14-006.36-089

■ Представлен опыт лечения 282 пациенток с субмукозной миомой матки. В зависимости от типа узла использовался механический способ удаления узла методом откручивания под контролем гистероскопии и биполярная резекция миомотозных узлов. У пациенток с сопутствующим гиперпластическим процессом эндометрия в перименопаузе выполнялась резекция узла и тотальная резекция эндометрия. Оптимальным методом лечения субмукозной миомы матки следует считать биполярную гистерорезекцию. Методика является органосохраняющей, безопасна и эффективна.

■ **Ключевые слова:** субмукозная миома матки; гистерорезекция; биполярный электрод; резекция эндометрия; гормонотерапия.

Миома матки встречается у 50% женщин репродуктивного возраста, и почти у половины из них имеются клинические проявления миомы матки, связанные у большинства пациенток с субмукозной локализацией узлов [1, 12]. Еще 15–20 лет назад единственным подходом лечения таких больных была гистерэктомия или, в редких случаях, миомэктомия путем чревосечения или трансцервикальным доступом [откручивание субмукозного узла] с использованием гистероскопии. Большим прогрессом следует считать внедрение гистероскопической резекции субмукозных узлов. До 2000 года как в нашей стране, так и зарубежом использовался монополярный гистерорезектор [1, 4, 7, 8]. Отмечая положительные свойства гистерорезекции, все клиницисты в своих работах отметили, что имеются сложности в использовании монополярного гистерорезектора при удалении подслизистых узлов. Прогрев тканей при монополярной методике происходит в 5 раз интенсивнее, чем при биполярной, следовательно в 5 раз увеличивается риск перфорации матки и ранения внутренних органов, особенно при расположении узлов близко к устьям маточных труб [8]. При монополярной методике для растяжения полости матки используются диэлектрики [раствор глюкозы, декстраны], при интравазации которых могут возникать серьезные метаболические нарушения в организме пациентки, связанные с гипонатриемией [8, 11]. Все вышперечисленное не позволяет считать эту методику рутинной, для ее проведения требуется высокая квалификация эндоскописта-гинеколога.

С 2000 года в клиническую практику стала внедряться биполярная гистерорезекция. Многие исследователи, в основном за рубежом [8, 13, 19], указывают на преимущества резекции узлов с помощью биполярного электрода по сравнению с монополярным. По мнению авторов, биполярные методики безопаснее, так как использование физиологического раствора для растяжения полости матки не приводит к водно-электролитным нарушениям в организме пациентки [15]. Благодаря эффекту vaporизации биполярный электрод позволяет достичь лучшего гемостаза, сокращается время удаления узлов и время операции, отсутствует карбонизация тканей [9]. Ряд авторов, учитывая безопасность метода, рекомендуют проводить биполярную гистерорезекцию в амбулаторных условиях под местной анестезией [10, 14]. Клиническая эффективность биполярной гистерорезекции субмукозных узлов составила, по данным разных авторов, от 83% до 100% [2, 6, 13, 14]. Однако до настоящего времени в нашей стране не проанализирован опыт использования биполярной гистерорезекции для лечения субмукозных узлов, четко не определены показания и противопоказания для этого метода, не оценена эффективность биполярной резекции в отдаленные сроки, не обозначено место биполярной гисте-

резекции при сочетании субмукозной миомы матки, аденомиоза и гиперпластических процессов эндометрия, не разработаны четкие рекомендации по ведению этих больных. Все вышеперечисленное и явилось предметом нашего исследования.

### Пациентки и методы исследования

В гинекологической клинике кафедры акушерства и гинекологии РГМУ на клинической базе 31 ГКБ за период 2007–2010 годы нами обследованы 282 пациентки с субмукозной миомой матки. Возраст обследованных варьировал от 34 до 54 лет, составив в среднем 42±... года. Большинство пациенток находилось в репродуктивном периоде (68%), остальные (32%) — в перименопаузальном периоде. Пациентки предъявляли жалобы на патологические менструации: обильные и длительные (78%), болезненные (20%), нерегулярные менструации, переходящие в кровотечения (24%), ациклические кровяные выделения (16%). У 18% из обследованных отмечались боли в нижних отделах живота и в пояснице, не связанные с фазой цикла. Анализ сопутствующей патологии показал, что у каждой второй пациентки (48,2%) отмечались хронические заболевания системы органов пищеварения, такие как хронический холецистит, хронический гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический панкреатит. На втором месте по частоте встречаемости были болезни щитовидной железы — узловой зоб, гипотиреоз, тиреоидит (21,4%). Заболевания сердечно-сосудистой системы — гипертоническая болезнь и ИБС — обнаружены у 7,1% обследованных; бронхиальная астма у 3,6% и хронический пиелонефрит у 3,2% пациенток. У 15% обследованных пациенток отмечалось ожирение различной степени выраженности. У каждой третьей больной выявлена анемия, что явилось показанием для проведения антианемической терапии. В зависимости от выраженности анемии назначалась терапия Венофером внутривенно или таблетированными препаратами железа перорально. Все пациентки были заинтересованы в сохранении матки, размеры которой не превышали 10–11 недель беременности, а женщины репродуктивного возраста — в сохранении менструальной и репродуктивной функции.

В зависимости от типа лидирующего субмукозного узла все обследованные пациентки разделены на 3 группы — узел 0-го типа обнаружен у 69 больных, узел 1-го типа — у 132, узел 2-го типа — у 81 обследованной. Тип субмукозного узла определил выбор метода оперативного вмешательства. В зависимости от метода и объема проведенной операции все больные были разделены на 4 груп-

пы. 1-ю группу составили 75 пациенток с 0-м и 1-м типами узлов, которым произведена трансцервикальная миомэктомия путем откручивания узла (механический способ). Во вторую группу вошли 27 больных с миоматозными узлами 1-го типа, у которых сначала капсула узла вскрывалась с помощью биполярного гистерорезектора, затем узел удалялся механическим способом. 135 больным 3-й группы с субмукозными узлами 1-го и 2-го типов выполнена резекция миоматозных узлов с использованием биполярного гистерорезектора. В четвертую группу включены 45 пациенток перименопаузального периода, у которых резекция миоматозного узла была проведена в сочетании с тотальной резекцией эндометрия. Гистероскопия проводилась по общепринятой методике с использованием гистероскопического оборудования фирмы «Storz» (Германия). Гистерорезекция выполнялась биполярным электродом с помощью системы «Versopoint» (США) и гистероскопа фирмы «Storz» (Германия). Все операции проводились под общим обезболиванием с использованием препарата Диприван внутривенно. Всем пациенткам перед операцией проводилось полное обследование (амбулаторно или в стационаре) с обязательным ультразвуковым исследованием (УЗИ) органов малого таза при помощи аппарата «Acuson 128 XP|10» (США). При проведении УЗИ особое внимание уделялось определению размеров, количества и локализации субмукозных узлов, так как для выбора правильного метода оперативного вмешательства необходимо точно знать тип субмукозного узла. С этой целью 68 пациенткам перед операцией проведена гидросонография по методике, разработанной в нашей клинике [3, 5]. При анализе клинической эффективности оперативного вмешательства учитывалась продолжительность операции, кровопотеря, интра- и послеоперационные осложнения, длительность пребывания пациентки в стационаре и медикаментозное лечение после операции. Отдаленные результаты оценивались через 6–12–24 месяца. При этом учитывались следующие параметры:

- Характер менструальной функции.
- Размеры матки, наличие или отсутствие субмукозных узлов (по результатам УЗИ органов малого таза).
- Удовлетворенность пациентки проведенной операцией.

### Результаты и их обсуждение.

1-ю группу больных составили 75 пациенток, которым удаление субмукозных узлов 0-го и 1-го типов проводилось при гистероскопии механическим способом. При проведении УЗИ органов малого таза до операции обнаружено, что у 28

больных 1-й группы субмукозный узел был единственным. Размеры узла варьировали от 1,5 до 5 см, размеры матки у этих пациенток не превышали 7–8 нед. У остальных обследованных имелись интерстициальные и интерстициально-субсерозные миоматозные узлы размерами от 5 мм до 38 мм, у каждой четвертой пациентки миома матки сочеталась с аденомиозом. 23 из 75 больных 1-й группы потребовались данные гидросонографии, по результатам которой диагностирован субмукозный узел 0-го типа, и было решено удалять узел методом откручивания. На первом этапе выполнялась гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание. Помимо деформации полости матки за счет субмукозного узла (0-го типа — 52 больных и 1-го типа — у 23) были обнаружены полипы эндометрия и слизистой цервикального канала у 29 пациенток. После раздельного диагностического выскабливания и прицельного удаления полипов проводилось дополнительное расширение цервикального канала до № 12–13–14 расширителя Гегар, миоматозный узел фиксировался абортангом и удалялся методом откручивания. Средняя продолжительность операции составила 15 мин, кровопотеря не превышала 30 мл. Субмукозные узлы были полностью удалены у всех пациенток 1-й группы. При контрольной гистероскопии полость матки не была деформирована, ложе удаленного узла не кровоточило, эндометрий был тонкий на всем протяжении. Признаки аденомиоза в виде функционирующих эндометриоидных ходов, разволокненного миометрия или грубого рельефа стенок матки в виде «хребтов» обнаружен у 18 обследованных больных. Осложнений во время и после операции у пациенток 1-й группы не было.

2-ю группу составили 27 пациенток, у которых при УЗИ органов малого таза и при гидросонографии обнаружены подслизистые узлы 0-го (у 17) и 1-го типа (у 10) сферической формы. Размеры узлов варьировали от 20 до 45 мм. При такой форме узла не представляется возможным зафиксировать его абортангом, в связи с чем мы применяли следующую методику: после проведения раздельного диагностического выскабливания слизистой матки с помощью биполярного электрода вскрывалась капсула узла, затем внутривенно вводился окситоцин 1,0 мл, после чего узел родился в полость матки у 21 из 27 пациенток и, после дополнительного расширения цервикального канала до № 13–14 расширителя Гегар, появлялись условия для фиксации узла абортангом и механического удаления. У 6 из 27 обследованных 2-й группы была проведена частичная резекция узла биполярным гистерорезектором, после чего появились условия для механического

удаления узла. Субмукозный узел был полностью удален у всех пациенток 2-й группы. Осложнений во время операции не было. Продолжительность операции не превышала 30 минут, интраоперационная кровопотеря была не более 50 мл.

Гистологическое заключение подтвердило наличие фибромиомы матки у всех оперированных пациенток 1-й и 2-й групп, железистые и железисто-фиброзные полипы эндометрия обнаружены у 29 больных, полипы слизистой цервикального канала — у 6, очаговая железистая гиперплазия эндометрия — у каждой четвертой пациентки. Все изменения в эндометрии носили доброкачественный характер.

В послеоперационном периоде всем больным после механического удаления узлов с профилактической целью назначалась противовоспалительная терапия на 5–7 дней и, по показаниям (длительные, более 10 дней, кровяные выделения до операции, вторичная анемия), антибактериальная и антианемическая терапия. Средняя продолжительность пребывания пациенток в стационаре составила 3 дня. После получения результатов гистологического исследования 38 больным 1-й и 2-й групп с сопутствующими гиперпластическими процессами эндометрия и выраженным аденомиозом, установленным при гистероскопии, была назначена гормональная терапия на 6 месяцев с учетом возраста. Пациенткам до 40 лет рекомендованы низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы — КОК (жанин, ярина, новинет, линдинет-30), после 40 лет — препараты с преобладанием прогестерона (ригевидон) или норкалут.

Через 6–12 месяцев после операции 93 (91,2%) обследованных 1-й и 2-й группы были удовлетворены результатами проведенного лечения, жалоб не предъявляли, менструальный цикл нормализовался. По данным УЗИ показатели М-эхо соответствовали фазе цикла, полость матки не была деформирована. Синехий в полости матки не было выявлено ни у одной обследованной. Через 24 месяца после операции 9 пациенток (8,8%) предъявляли жалобы на нарушение менструального цикла по типу мено-метрорагии, что потребовало проведения повторной гистероскопии. У 4 больных в возрасте от 38 до 43 лет при гистероскопии вновь выявлены интерстициально-субмукозные узлы 1-го и 2-го типов размерами от 5 до 13 мм. Произведена резекция узлов и тотальная резекция эндометрия с помощью биполярного гистерорезектора. У 2 наблюдавшихся пациенток 45 и 48 лет отмечен рост миомы матки до 13–14 недель беременности за счет интерстициальных и интерстициально-субсерозных узлов, продолжали беспокоить обильные менструации, приводящие

к анемии, что явилось показанием к операции. Произведена лапароскопия, надвлагалищная ампутация матки (НАМ) без придатков. У 1 пациентки 38 лет с жалобами на мено-метроррагию при гистероскопии обнаружен гиперпластический процесс эндометрия (очаговая железистая гиперплазия эндометрия) и аденомиоз. При первой гистероскопии данной патологии выявлено не было. Больной был назначен курс ригевидона на 6 месяцев с положительным эффектом. 1 пациентке 46 лет с рецидивом гиперпластического процесса эндометрия после проведения курса гормональной терапии ригевидоном в течение 6 месяцев и сопутствующим ожирением 2–3-й степени выполнена термоабляция эндометрия с помощью аппарата «ТЕРМОСНОЙСЕ», учитывая неэффективность проведенной гормональной терапии и возможные осложнения при гистерэктомии. За период наблюдения рецидива ГПЭ не наблюдалось, роста миомы не выявлено, пациентка удовлетворена результатами лечения.

В 3-ю группу вошли 135 пациенток репродуктивного и перименопаузального возраста с субмукозной локализацией узлов 1-го (у 73) и 2-го типа 9 (у 62), которым удаление узлов проводилось с помощью биполярного гистерорезектора. При УЗИ малого таза до операции обнаружено, что размеры субмукозных узлов варьировали от 0,8 до 4,5 см. У 23 больных при УЗИ было обнаружено два узла и у 4 пациенток — три узла с центрипетальным ростом. Для уточнения локализации узлов 18 обследованным 3-й группы выполнена гидросонография, по данным которой были условия для биполярной резекции узлов. При гистероскопии подтверждены данные УЗИ органов малого таза и гидросонографии о наличии субмукозных узлов 1-го и 2-го типов, подтверждена их локализация и размеры. Одновременно выявлен сопутствующий гиперпластический процесс эндометрия, полипы эндометрия и слизистой цервикального канала обнаружены у 45 пациенток. После проведения раздельного диагностического выскабливания и прицельного удаления полипов петлей биполярного гистерорезектора удалялись подслизистые узлы. Расширение цервикального канала проводилось до №10,5 расширителя Гегара. Длительность операции колебалась от 25 до 45 минут и зависела от размеров и количества узлов. Гиперкарбонизации тканей после биполярной резекции не отмечалось. Кровопотеря была не более 50 мл аденомиоз обнаружен у каждой четвертой пациентки. При резекции узлов 2-го типа после удаления субмукозной части узла у каждой второй пациентки интерстициальная часть узла постепенно, в процессе резекции, выходи-

ла в полость матки. Если этого не происходило, мы вводили внутривенно 1,0 мл окситоцина и интерстициальная часть узла постепенно выталкивалась в полость матки. Подобная методика с введением простагландинов для сокращения матки описана в литературе [18]. Осложнений во время и после операции у больных 3-й группы не было. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 3–4 дня. Критерии назначения противовоспалительной антибактериальной, противовоспалительной и антианемической терапии были те же, что у пациенток 1-й и 2-й групп. В результате проведенной операции интерстициально-субмукозные узлы были полностью удалены у 116 (86%) пациенток 2-й группы. У 19 (14%) обследованных, по данным УЗИ малого таза, проведенного на следующий день после операции, оставалась небольшая интерстициальная часть узла. Пяти больным через 2–3 месяца была выполнена повторная гистероскопия и резекция оставшейся части миоматозного узла, родившегося в полость матки. Остальные 14 пациенток наблюдаются, жалоб и нарушений менструального цикла у них не отмечено, миоматозные узлы по данным УЗИ малого таза не увеличиваются. У всех больных 2-й группы наблюдался положительный клинический эффект — менструальная функция нормализовалась, ни у одной больной не было обильных менструаций или кровотечений.

В литературе обсуждается вопрос о частоте возникновения синехий в полости матки после биполярной резекции субмукозных узлов и мерах профилактики их появления. В основном эта проблема касается женщин, заинтересованных в наступлении беременности. Установлено [17], что синехии чаще образуются при резекции нескольких узлов, расположенных на противоположных стенках матки. При резекции одного узла синехии образуются редко. Авторы предлагают вводить внутриматочную спираль на 1-й месяц пациенткам после резекции нескольких субмукозных узлов или проводить повторную гистероскопию через 2–3 недели после резекции узлов с целью разделения синехий. По нашим данным, через 6–12–24 месяцев после биполярной резекции узлов у пациенток 3-й группы синехии в полости матки в виде гиперэхогенных включений определялись при УЗИ у 4 пациенток, которым были одномоментно удалены три подслизистых узла, и у 11 из 23 больных, которым было резецировано два узла. Синехии также были выявлены у каждой четвертой обследованной 3-й группы после удаления единичного подслизистого узла. Мы считаем целесообразным назначение фемостона 2/10 на 2–3 месяца для восстановления эндоме-

трия и профилактики образования синехий после биполярной резекции узлов пациенткам, заинтересованным в сохранении нормальной менструальной функции и наступлении беременности. Гормональная терапия фемостоном по указанной схеме назначена 28 пациенткам 3-й группы, заинтересованным в сохранении репродуктивной функции. Двум пациенткам репродуктивного возраста, которым не проводилась гормональная терапия, через 8 и 12 месяцев после резекции узлов была произведена повторная гистероскопия, показаниями к которой послужили образование синехий в полости матки и аменорея. После разрушения синехий и гормональной терапии фемостоном 2/10 в течение 3 месяцев менструальный цикл восстановился. 38 обследованным 3-й группы с сопутствующим ГПЭ, подтвержденным гистологически, была назначена гормональная терапия на 6 месяцев. Пациентки репродуктивного возраста получали КОК (линдинет-30, жанин, ярину, ригевидон), пременопаузального возраста — ригевидон или норкалут по 10 мг с 5-го по 26-й день цикла или в непрерывном режиме.

Анализ эффективности лечения в отдаленные сроки показал, что 94,8% обследованных 3-й группы через 6–12–24 месяца были удовлетворены проведенной операцией и жалоб не предъявляли. У них нормализовался менструальный цикл, купирована анемия. Необходимость повторной гистероскопии в связи с рецидивом кровотечения возникла через 12–24 месяца у 5 пациенток пременопаузального периода в возрасте от 49 до 52 лет с сопутствующим аденомиозом и гиперпластическими процессами эндометрия, выявленными при первом обследовании. Пациентки не принимали назначенную им гормональную терапию. Повторно им была проведена тотальная резекция эндометрия и назначен норкалут в непрерывном режиме по 10 мг в сутки на 6 месяцев с положительным эффектом. Надвлагалищная ампутация матки лапароскопическим доступом проведена через год после резекции субмукозного узла одной больной 47 лет, у которой отмечался рост миомы матки за счет интерстициальных узлов, продолжалась меноррагия, приводящая к анемии (снижение гемоглобина до 83 г/л).

4-ю группу составили 45 больных позднего репродуктивного и пременопаузального периода, у которых при УЗИ малого таза, проведенного до операции отмечалось сочетание субмукозного узла 1-го (у 26) или 2-го (у 19) типов, размерами от 8 мм до 26 мм и гиперпластического процесса эндометрия (ГПЭ). У всех обследованных данной группы в анамнезе были гистероскопии и отдельные диагностические выскабливания по поводу маточных кровоте-

чений (от одного до трех оперативных вмешательств). Каждая вторая пациентка данной группы ранее получала гормональную терапию (КОК или гестагены) продолжительностью от 3 до 12 месяцев. Однако эффект от проводимой терапии был временным и показанием к операции явилось нарушение менструального цикла по типу мено-метроррагии. Учитывая данные анамнеза и УЗИ, возраст больных, им проводилась резекция миоматозного узла в сочетании с тотальной резекцией эндометрия. Миоматозные узлы были удалены полностью у всех больных. При проведении тотальной резекции эндометрия признаки аденомиоза выявлены у 14 из 45 обследованных. Продолжительность операции варьировала от 20 до 60 мин, кровопотеря не превышала 50 мл. Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не было. Пациентки находились в стационаре после операции от 2 до 5 дней. Всем проводилась профилактическая антибактериальная и противовоспалительная терапия таблетированными препаратами. Данные гистологии свидетельствовали о наличии фибромиомы матки в сочетании с железитой и железисто-кистозной гиперплазией эндометрия у 78% больных, железистым или железисто-фиброзным полипом эндометрия у 22% обследованных. Всем пациенткам с сопутствующим аденомиозом была рекомендована гормональная терапия норкалутотом по 10 мг в сутки в непрерывном режиме продолжительностью от 3 до 6 месяцев для повышения клинической эффективности проведенной операции и профилактики рецидива маточных кровотечений.

По данным эхографии, через 6 месяцев после операции формировалось гиперэхогенное, неоднородное за счет синехий М-эхо. Через 12 месяцев параметры М-эхо не менялись. Через 24 месяца аменорея наступила у 29 пациенток, у 10 оперированных менструации стали скудными и 6 больных продолжали жаловаться на мено-метроррагии. При эхографии у этих пациенток заподозрен рецидив ГПЭ — локальное утолщение М-эхо в трубных углах либо неоднородное, утолщенное М-эхо на всем протяжении полости матки. Всем была выполнена гистероскопия, которая у 4 обследованных оказалась малоинформативной из-за внутриматочных синехий. Синехии были частично разрушены при гистероскопии механическим способом или петлей гистерорезектора, взяты соскобы на гистологическое исследование. Полностью разрушить синехии не представилось возможным из-за опасности перфорации матки. Железистая гиперплазия эндометрия гистологически подтверждена у 2 пациен-

ток из 4. Учитывая рецидив гиперпластического процесса 2 больной была произведена НАМ без придатков лапароскопическим доступом. 2 пациенткам, у которых гистологически гиперплазия эндометрия не подтвердилась, была продолжена терапия гестагенами в непрерывном режиме сроком на 3 месяца с положительным эффектом. У 2 больных удалось осмотреть полость матки, обнаружено локальное утолщение эндометрия в области трубных углов и в дне матки (наиболее сложные для проведения резекции эндометрия участки). Этим пациенткам проведена повторная резекция эндометрия с положительным эффектом. Гистологически выявлена железистая гиперплазия эндометрия. Рекомендована профилактическая гормональная терапия норкалутон на 6 месяцев по 10 мг в сутки.

Таким образом, для лечения субмукозной миомы матки могут быть использованы как механическое удаление узла (при 0-м и 1-м типах узлов) с контролем гистероскопии, так и электрохирургическое удаление миомы. Оптимальным методом лечения субмукозной миомы матки, особенно узлов 1-го и 2-го типов, следует считать электрохирургическую резекцию узла с использованием биполярного электрода. Методика является безопасной, малотравматичной, эффективной. Пациенткам репродуктивного возраста после резекции субмукозной миомы матки показано назначение эстроген-гестогенных препаратов для профилактики образования синехий в полости матки. Больным с субмукозной миомой в сочетании с доброкачественными гиперпластическими процессами эндометрия и аденомиозом для повышения эффективности операции следует рекомендовать прием эстроген-гестагенных препаратов или гестагенов в течение 6 месяцев. В пременопаузальном периоде у пациенток с субмукозной миомой матки и ГПЭ, особенно при рецидиве, целесообразно осуществлять резекцию субмукозного узла и тотальную резекцию эндометрия, что является альтернативой гистерэктомии.

## Литература

1. Адамьян Л. В., Ткаченко Э. Р., Киселев С. И. Практическая гинекология / ред. В. Н. Кулаков, В. Н. Прилепская. — 2-е изд. — М.: Медпресс-информ, 2002. — 720 с.
2. Данильченко В. Н. Биполярная электрохирургия в оперативной гистероскопии: автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2002.
3. Калмыкова Н. В. Гидросонография в диагностике бесплодия: дис... канд. мед. наук. — М., 2007.
4. Каппушева Л. М. Гистероскопия в диагностике и лечении внутриматочной патологии: дис... д-ра мед. наук. — М., 2001.
5. Мишинева О. И. Современные методы диагностики внутриматочной патологии: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2001.
6. Уланкина О. Г., Саркисов С. Э., Хужокова И. Н. Гистерорезектоскопическая деструкция эндометрия в лечении больных ГПЭ в перименопаузе // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2009. — №2 — С.69–72.
7. Цечоева Т. С. Современные методы лечения маточных кровотечений у пациенток репродуктивного возраста: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006.
8. A randomized trial comparing monopolar electrodes with two different types of bipolar electrodes / Berg A., Sandwick L., Landebrekke A. [et al.] // Fertil. Steril. — 2009. — Vol.91, N 4. — P.273–278.
9. Advanced operative office hysteroscopy without anesthesia / Bettocchi S., Ceci O., DiVenere [et al.] // Hum. Reprod. — 2002. — Vol.17, N 9. — P.2435–2438.
10. Clark T., Mahayan D., Sunder P. Hysteroscopic treatment of symptomatic submucous fibroids using a bipolar intrauterine system // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 2002. — Vol. 100, N2. — P.237–242.
11. Golan A., Sagiv R., Berar M. Bipolar electrical energy in physiologic solution — a revolution in operative hysteroscopy // J. Am. Assos. Gynecol. Laparosc. — 2001. — Vol.8, N 2. — P.252–258.
12. Istre O. Management of symptomatic fibroids; conservative surgical treatment modalities other than myomectomy // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynecol. — 2008. — Vol. 22, N4. — P.735–747.
13. Loffer F. Preliminary experience with the Versapoint bipolar resectoscopy // J. Am. Assos. Gynecol. Laparosc. — 2000. — Vol. 7, N 4. — P.498–502.
14. Long term results of hysteroscopic myomectomy in 235 patients / Polena V., Mergyi J., Perrot N. [et al.] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 2007. — Vol.130, N 2. — P.232–237.
15. Marsh F., Rogerson L., Duffy S. A randomized controlled trial comparing outpatient versus daycase endometrial polypectomy // BJOG. — 2006. — Vol. 113, N 8. — P.896–901.
16. Marwah V., Brandari S. Diagnostic and interventional microhysteroscopy with use of the bipolar electrode system // Fertil. Steril. — 2003. — Vol.79, N 2. — P.413–417.
17. Office hysteroscopic early lysis of intrauterine adhesion after transcervical resection of multiple myoma / Yang J., Chen M., Wu M. [et al.] // Fertil. Steril. — 2008. — Vol.89, N 5. — P.1254–1259.
18. Predicting outcomes of one-step total hysteroscopic resection of sessile submucous myoma / Murakami T., Haysaka S., Terade Y. [et al.] // J. Minim Invasive Gynecol. — 2008. — Vol. 15, N 1. — P.74–77.
19. Puchalski A., Brodowska A., Bielewicz W. Bipolar hysteroscopic electrosurgery done with Versopoint system, comparison done with monopolar electrodes // Gynecol. Pol. — 2000. — Vol.71, N9. — P.1212–1216.

Статья представлена В. Ф. Беженарем, НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта, Санкт-Петербург

## BIPOLAR RESECTION IN SUBMUCOSE MYOMA TREATMENT

Breusenko V. G., Mishiyeva O. I., Karachenceva I. V.,  
Golova Yu. A., Shevchenko N. A.

■ **Summary:** The experience of treatment of 282 patients with submucosal fibroids is analyzed in the study. According to the myoma type, bipolar resection or traditional myomectomy, during hysteroscopy was performed. In patients with concomitant endometrial hyperplasia, fibroid resection along with total endometrium resection was made. Bipolar resection should be considered as an optimal treatment of submucosal fibroids. The technique is safe, effective and uterus-preserving.

■ **Key words:** Submucosal fibroid; hysteroresection; bipolar resection; endometrium resection; hormonotherapy.

---

**■ Адреса авторов для переписки**

*Бреусенко Валентина Григорьевна* — профессор каф. акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, д. м. н. Городская клиническая больница № 31. 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, д. 42. **E-mail:** mishievaoi@mail.ru.

*Мишьева Ольга Игоревна* — ст. н. с., зав. 2 гин. отд. ГКБ 31, к. м. н. Городская клиническая больница № 31. 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, д. 42. **E-mail:** mishievaoi@mail.ru.

*Караченцова Ирина Васильевна* — ассистент кафедры каф. акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, д. м. н. Городская клиническая больница № 31. 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, д. 42. **E-mail:** mishievaoi@mail.ru.

*Голова Юлия Арнольдовна* — доцент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО РГМУ Росздрава. Городская клиническая больница № 31. 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, д. 42. **E-mail:** mishievaoi@mail.ru.

*Шевченко Николай Алексеевич* — ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО РГМУ Росздрава. Городская клиническая больница № 31. 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, д. 42. **E-mail:** mishievaoi@mail.ru.

*Breusenko Valentina Grigorevna* — MD, PhD, prof.  
Moscow City Hospital 31. 119415, Moscow, Lobachevskii St. 42.  
**E-mail:** mishievaoi@mail.ru.

*Mishiyeva Olga Igorevna* — MD, PhD.  
Moscow City Hospital 31. 119415, Moscow, Lobachevskii St. 42.  
**E-mail:** mishievaoi@mail.ru.

*Karachenceva Irina Vasilevna* — MD.  
Moscow City Hospital 31. 119415, Moscow, Lobachevskii St. 42.  
**E-mail:** mishievaoi@mail.ru.

*Golova Yuliya Arnoldovna* — MD.  
Moscow City Hospital 31. 119415, Moscow, Lobachevskii St. 42.  
**E-mail:** mishievaoi@mail.ru.

*Shevchenko Nikolay Alekseevich* — MD.  
Moscow City Hospital 31. 119415, Moscow, Lobachevskii St. 42.  
**E-mail:** mishievaoi@mail.ru.