

Сравнительная эффективность методик лечения субмукозных миоматозных узлов

У.Ш. Исамова, С.Э. Саркисов, С.С. Исмаилова

Инновационное отделение малоинвазивных
технологий ФГУ НЦАГиП, Москва

Миома матки – наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль женских половых органов, которая занимает значительное место среди патологии репродуктивной системы, – около 25 % женщин старше 30 лет страдают этим заболеванием. Вместе с тем в последние годы миома матки всё чаще встречается у молодых и даже юных пациенток, в связи с чем достаточно остро встаёт вопрос о сохранении репродуктивной и менструальной функции [1, 2, 4, 5, 7, 10, 15, 17].

Субмукозная локализация узлов опухоли составляет 20–32 % случаев миомы матки. Субмукозные узлы, как правило, сопровождаются достаточно выраженной клинической картиной: длительные, обильные менструации со сгустками, анемизирующие пациентку, болевой синдром, бесплодие и невынашивание беременности. Консервативное лечение подслизистых узлов миомы оказывается безуспешным. Практически всегда приходится прибегать к оперативному лечению [3, 8, 13, 14, 19, 23].

Оптимальным и наименее инвазивным способом лечения субмукозной миомы матки является гистероскопическое удаление. Предпосылкой для правильной оценки клинической ситуации и анатомических изменений является комбинация ультразвуковых методов диагностики и гистероскопии [6, 8, 11, 15, 16, 22]. Одномоментное выполнение жидкостной гистероскопии и трансвагинальное УЗИ исследование наиболее информативно при проведении дифференциальной диагностики субмукозных узлов I и II типа. При изменении скорости подачи жидкости в полость матки миоматозные узлы не меняют форму, что служит основным отличительным признаком от полипа эндометрия [20, 24, 25].

Taylor и соавт. в 1993 г. предложили тактику ведения больных с субмукозными узлами, представленную в табл. 1.

Специфическим моментом предоперационной подготовки к резекции субмукозных узлов является торможение менструальной функции, направленное на уменьшение размеров миоматозно-

го узла, истончение эндо- и миометрия с целью уменьшения кровоснабжения.

Существуют механическая, электрохирургическая, лазерная методики трансвагинальной миомэктомии. Подход к оперативному лечению устанавливают непосредственно после диагностики подслизистой миомы и определения типа узла. Подобная подготовка способствует истончению миометрия и как следствие – большему выбуханию узла в полость матки. Уменьшение кровоснабжения эндо- и миометрия приводит к уменьшению интравазации жидкости, расширяющей полости матки. Помимо этого, практически все исследователи отмечают значительное (до 30–40 % от начального объёма) уменьшение размеров узла [9, 18, 21].

Предоперационную гормональную подготовку лучше проводить агонистами ГнРГ Даназола в дозировке 600–800 мг в сутки в течение двух-трёх месяцев и агонистов рилизинг-фактора гонадотропного гормона Золадекс в дозировке 3,6 мг один раз в 28 дней или Декапептил-депо в дозировке одна ампула один раз в 28 дней в/м. Цель предоперационной гормональной подготовки состоит не столько в уменьшении размеров узла, сколько в уменьшении размеров самой матки, при этом узел как бы выдавливается в полость матки.

Предоперационное лечение гормонами приводит к атрофии эндометрия, что улучшает условия проведения операции за счёт хорошей видимости и уменьшает кровопотерю во время операции и размеры узла почти на 50 %.

С целью профилактики воспалительных заболеваний у пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями, страдающих бесплодием, в случае неполной резекции узла и предполагаемого дополнительного вмешательства проводят пред- и интраоперационное введение антибиотиков широкого спектра действия [12].

Подход к оперативному лечению устанавливают непосредственно после диагностики подслизистой миомы и определения типа узла.

Цель: исследование дало возможность получить результаты сравнительной эффективности различных методик лечения субмукозной миомы матки, что позволило оптимизировать технику оперативных подходов при этом заболевании.

Клиническая характеристика обследованных пациенток и методы исследования

Для решения поставленных задач 103 пациенткам с субмукозной миомой матки в возрасте от 23 до 76 лет (средний возраст $42,4 \pm 9,3$ лет) была выполнена гистероскопическая миомэктомия. Лечение проводилось тремя методами: инструменталь-

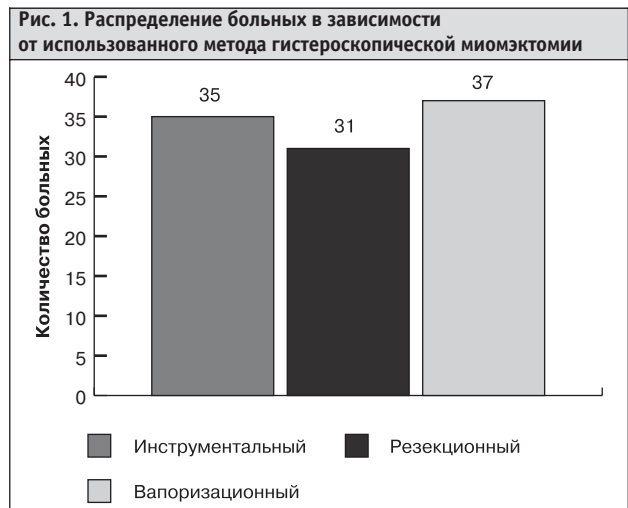


Таблица 1. Тактика ведения больных с субмукозными узлами			
Величина субмукозного компонента	Размер узла, см		
	Менее 2,5	2,5–5	Более 5
Более 75 %	Одномоментно	Одномоментно	Гормоны + одномоментно
75–50 %	Одномоментно	Гормоны + одномоментно	Гормоны + одномоментно
Менее 50 %	Гормоны + одномоментно	Гормоны + одно- или двухэтапно	Гормоны + двухэтапно

Таблица 2. Распределение больных в зависимости от типа и размера узла

Размер узла	Тип узла, n/%		
	0	I	II
До 1 см	8/7,8	2/1,9	7/6,8
1–2 см	7/6,8	7/6,8	8/7,8
2–3 см	16/15,5	12/11,7	23/22,3
3–4 см	0	13/12,6	0
Итого	31/30,1	34/33,0	38/36,9

Таблица 3. Распределение гинекологических заболеваний среди выборки

Гинекологические заболевания	Пациентки, %
Аденомиоз (эхографически и эндоскопически)	21
Хронический эндометрит	15
Хронический сальпингит	18
Хронический сальпингит, осложнённый перитонитом	1
Поликистоз яичников	3
Функциональные кисты яичников	4
Эндометриодная киста яичника	2
Цистаденома яичника	4
Цервикоз	6
Эрозия шейки матки	61
Бартолинит	3

ным, резекционным и вапоризационным (рис. 1). В соответствии с классификацией, предложенной К. Wamsteker (1993), узлы 0 типа выявлены у 31 (30,1 %) пациентки, узлы I типа обнаружены у 34 (33,0 %), ещё у 38 (36,9 %) диагностированы узлы миомы II типа. Распределение больных в зависимости от типа и размера узла представлено в табл. 2.

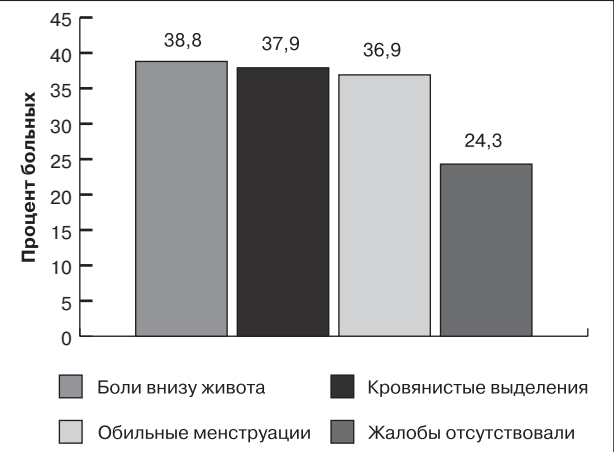
Пациентки предъявляли жалобы на тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения из нижних половых путей, обильные и длительные менструации (рис. 2).

Менструальная функция у обследованных пациенток характеризовалась следующим: период менархе в среднем наступил в возрасте $13,2 \pm 1,1$ лет; менструальный цикл установился сразу у 97 (94,2 %) пациенток, у 4 (3,9 %) в течение года и более, у 1 (1,0 %) не установился; средняя продолжительность менструального цикла составила $27,7 \pm 2,1$ дней, длительность менструаций – $5,8 \pm 1,9$ дней; обильные менструации отметили 33 (32,0 %) пациентки, болезненные – 38 (36,9 %). В репродуктивном перио-

Таблица 4. Распределение экстрагенитальной патологии среди выборки

Экстрагенитальные заболевания	Пациентки, %
Заболевания системы органов дыхания (хронический бронхит, бронхиальная астма, пневмония)	14
Заболевания сердечно-сосудистой системы:	53
• гипертоническая болезнь	51
• ХИБС	10
• пороки сердца	4
• вегето-сосудистая дистония	10
• хроническая варикозная недостаточность	16
Заболевания желудочно-кишечного тракта:	41
• заболевания желудка и кишечника	28
• болезни печени и желчного пузыря	13
Заболевания мочевой системы (мочекаменная болезнь, пиелонефрит, цистит, гломерулонефрит, киста почки, нефроптоз)	15
Эндокринные заболевания:	32
• сахарный диабет	3
• заболевания щитовидной железы	17
• ожирение	8
• несахарный диабет	2
Патология молочных желёз (мастопатия, фибroadенома, рак)	12
Заболевания опорно-двигательной системы	17
Глазные заболевания (миопия, катаракта)	4
Кожные заболевания (псориаз, экзема)	6
Железодефицитная анемия	3

Рис. 2. Жалобы обследованных пациенток



де находились 93 (90,3 %) прооперированных больных и 10 (9,7 %) – в менопаузе.

При анализе гинекологического анамнеза отмечено, что пациентки из данной выборки начали половую жизнь в среднем в $20,0 \pm 3,1$ лет, имели 3,6–4,0 беременности, $1,1 \pm 0,8$ родов и 2,5–3,7 аборт. Беременностей не было у 19 (18,4 %), у 10 (9,7 %) было более 10 беременностей. Распределение гинекологических заболеваний среди данной выборки представлено в табл. 3.

Перенесённые оперативные вмешательства у обследуемых пациенток составили: аппендэктомия – 17 (16,5 %), тонзиллэктомия – 13 (12,6 %), холецистэктомия – 2 (1,9 %), мастэктомия – 3 (2,9 %), резекция молочной железы – 1 (1,0 %), удаление аденомы щитовидной железы – 1 (1,0 %), герниопластика – 4 (3,9 %), спленэктомия – 1 (1,0 %), кесарево сечение – 6 (5,8 %), тубэктомия – 3 (2,9 %), резекция/удаление яичников – 7 (6,8 %). Распределение экстрагенитальной патологии среди данной выборки представлено в табл. 4.

Результаты гистероскопического удаления субмукозных узлов различными методиками

Удаление субмукозных узлов механическим методом

Удаление узлов механическим методом было произведено у 35 пациенток. Механическую миомэктомию чаще выполняли при субмукозных узлах 0 типа (24 пациенток), реже – при субмукозных узлах I типа.

Механическим методом легче всего удалялись узлы, располагавшиеся в дне матки и по передней стенке. Данные нашего исследования показали, что для механического удаления субмукозного узла важна не столько величина узла, сколько его форма и подвижность.

У 6 пациенток целиком одномоментно удалить узел не удалось, они удалялись методом кускования, с осуществлением неоднократного гистероскопического контроля. У двух пациенток открученный миоматозный узел плотной консистенции, сферической формы (размеры 3–4 см) извлечь из полости матки не представилось возможным. Узлы были оставлены в полости матки, в следующую менструацию они самопроизвольно «родились». Миоматозные узелки небольших размеров $1,0 \times 1,5$ см, особенно сферической формы (8 больных), мы смогли удалить только после вскрытия капсулы узла резектором или ножницами.

Кровопотеря при механической трансцервикальной миомэктомии колебалась от 10 до 100 мл, у большинства она составила 10–20 мл. Только у

одной пациентки при механической миомэктомии большого субмукозного узла (4 см) кровопотеря составила 500 мл.

Длительность механической миомэктомии в наших наблюдениях при одномоментном удалении узла составила от 5 до 15 минут, при использовании метода кускования – соответственно 15–25 минут.

Серьёзных осложнений при проведении механической миомэктомии нами не отмечено, перехода к большему объёму операции также не было. В послеоперационном периоде после механической миомэктомии у одной пациентки был эндометрит, купированный консервативной терапией. Пяти больным, имевшим анемию до операции и при удалении миоматозных узлов больших размеров, особенно если удаление осуществлялось методом кускования, проводилась профилактическая противовоспалительная, антибактериальная терапия, антианемическая терапия.

Механическая миомэктомия чаще всего выполнялась одноэтапно, при первой гистероскопии, что не требовало повторной госпитализации. Трём пациенткам электрохирургическая миомэктомия была произведена в два этапа, второй этап, как правило, производился при узлах II типа с интрамуральным компонентом более 50 %, и полное его удаление грозило перфорацией или кровотечением.

Удаление субмукозных узлов резекционным методом

Резекция узлов 0 типа произведена нами 15 пациенткам, во всех случаях узлы удавалось удалить в течение одного вмешательства, интраоперационное и послеоперационное кровотечения были минимальными. Ультразвуковой и гистероскопический контроль, произведённый через два месяца, показал отсутствие внутриматочных синехий. У двух больных из 10, обследованных по поводу бесплодия, наступили беременности, закончившиеся срочными неосложнёнными родами. У 4 больных, которым было произведено удаление субмукозных узлов с последующей аблацией эндометрия, была достигнута стойкая аменорея. У остальных больных достигнута нормализация менструальной функции, что явилось критерием эффективности проведённого вмешательства. У 6 пациенток с несколькими узлами в полости матки, ввиду их небольшого размера и неглубокого интрамурального залегания, удалось произвести полную резекцию в течение одного вмешательства.

При резекции узлов I и II типа, предпринятой у 16 пациенток, в полном объёме удалось резецировать узлы во время первого вмешательства в 10 случаях, из них у 11 были узлы I типа, у 5 – II типа. В то же время, несмотря на соблюдение всех условий эндорезекции, у 6 пациенток операция была прекращена досрочно ввиду возможной перфорации стенки матки и/или интравазации жидкости в объёме более 1,5 литров. Из них у двух пациенток был узел I типа диаметром 3–4 см и у четырёх – узел II типа диаметром до 4 см. При этом к моменту прекращения операции нам удавалось удалить полностью часть узла, выступающую в полость матки и частично глубоко залегающую в миометрий. Продолжительность операций в среднем составила 50 минут. Кровопотеря при неполном удалении узла во время операции в раннем послеоперационном периоде ни в одном случае не превышала 250 мл. Выраженный гемостатический эффект достигался после тугой тампонады влагища в течение 4–6 часов. В послеоперационном периоде с профилактической целью проводилась антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия и метронидазолом. Воспалительные ослож-

нения отмечены не были. Больные выписаны на вторые-третьи сутки после операции.

При электрохирургической миомэктомии легче удалялись узлы, располагавшиеся по передней или задней стенкам матки, более сложно технически и дольше по времени удалялись субмукозные узлы, располагавшиеся в дне и в области углов матки.

Гладкое течение раннего послеоперационного периода, отсутствие кровотечения и воспалительных осложнений у больных с неполной резекцией узла, а также литературные данные о возможности осуществления отсроченного удаления оставшейся части узла позволили нам не расширять объёма хирургической помощи. В последующие два месяца больным проводилась гормональная терапия, направленная на торможение менструальной функции, с последующей контрольной гистероскопией и трансвагинальным ультразвуковым исследованием.

При этом было обнаружено:

- у двух больных – участок фиброза в миометрии, полость матки свободна (повторная резекция не проводилась);
- трёх больных – в полости матки аморфная, кистозно-дегенерированная фиброзированная ткань (полное удаление при повторной резекции);
- двух больных – плотная ткань по типу субмукозного узла (полное удаление при повторной резекции);
- одной больной в связи с гиперпластическими процессами была произведена абляция эндометрия.

Второй этап, гистерорезекция оставшейся части узла, характеризовался меньшей продолжительностью операции – не более 30 минут, меньшей кровопотерей – не более 50 мл, меньшей интравазацией раствора глюкозы – не более 500 мл и отсутствием необходимости осуществления интраоперационного лапароскопического и ультразвукового контроля, так как резецируемую структуру можно было расценивать как узлы 0 и I типов. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Менструальная функция нормализовалась в течение года наблюдения у всех 14 больных, которым планировалось сохранение менструальной функции. У одной больной после абляции эндометрия была отмечена стойкая аменорея.

Таким образом, этапная резекция субмукозных миоматозных узлов глубокого залегания позволяет безопасно и эффективно проводить их полное удаление. Развивая этапный метод резекции узлов, мы пришли к выводу о возможности проведения II этапа резекции через 7–10 дней после I этапа на фоне проводимой антибактериальной терапии. Условиями для раннего осуществления II этапа являются данные ультразвукового исследования, свидетельствующие о «рождении» оставшейся части узла в полость матки, а также гладкое течение послеоперационного периода. Подобную тактику мы применили у 12 пациенток и отметили гладкое течение послеоперационного периода на II этапе резекции. Полугодовое наблюдение за этими пациентками показало нормализацию менструальной функции.

Удаление субмукозных узлов вапоризационным методом

После стандартной предоперационной подготовки мы предприняли удаление субмукозных миоматозных узлов методом вапоризации у 37 больных. Из них: 0 тип узла диаметром 2 см был установлен у 7 пациенток; I тип узла диаметром 2 см – у 8; I тип узла диаметром 3 см – у 7 пациенток; II тип узла – у 9 пациенток, из них диаметром 2 см – у 4 больных, диаметром 3 см – у 2.

В результате применения метода вапоризации полное удаление узлов в течение одного вмешательства удалось произвести у всех 37 больных независимо от локализации, размера и глубины залегания узлов. В отличие от резекции узлов операция вапоризации занимала меньше времени – в среднем 25 минут против 40 минут при резекции. В значительной мере сокращение времени операции было обусловлено исключением этапа эвакуации из полости матки резецированных кусочков узла. Кровопотеря в ходе операций вапоризации была минимальной и не превышала 50 мл. Интравазация 5 % раствора глюкозы при удалении узлов I и II типов ни в одном случае не превышала 1000 мл, а в случаях удаления узлов 0 типа – 300 мл, т. е. по таким параметрам, как время операции, интравазация жидкости, интраоперационная кровопотеря, риск перфорации стенки матки, метод вапоризации субмукозных миоматозных узлов имеет несомненные преимущества перед методом резекции. Однако технологические особенности проведения вапоризации могут привести к возникновению серьёзных осложнений:

- повышенное газообразование может привести к воздушной эмболии в результате интравазации образующихся пузырьков газа;
- смещение активированного вапоротрода в направлении «от себя» при деструкции узлов в области дна и трубных углов матки может привести к перфорации стенки матки.

С целью предупреждения возникновения подобных осложнений мы применяли следующие приёмы:

- активировали вапоротрод последовательно на непродолжительное время (2–3 с), что уменьшало количество и размер одномоментно образующихся пузырьков газа;
- создавали такие условия расширения полости матки и циркуляции жидкости, чтобы образовавшиеся пузырьки газа сразу же эвакуировались из полости матки и не препятствовали визуализации операционного поля, а следовательно, постоянному контролю за контактом вапоротрода с тканью миоматозного узла и чёткой визуализации его капсулы.

Все операции по удалению субмукозных миоматозных узлов, выполненные нами в технике вапоризации, протекали без интраоперационных осложнений. В раннем и отдалённом послеоперационном периодах осложнений не отмечено. У всех 37 больных отмечена нормализация менструальной функции при полугодовом наблюдении. При гистероскопическом и ультразвуковом контроле спаечного процесса в полости матки не отмечено.

Таким образом, у всех 103 пациенток гистерорезектоскопическое вмешательство было эффективным, т. е. применение различных технологических приёмов на этапах предоперационной подготовки, самого внутриматочного вмешательства позволило нам полностью удалить выявленные субмукозные узлы. При этом у 5 больных, у которых удаление узлов сочеталось с аблацией эндометрия, была достигнута стойкая аменорея. В то же время нормализация менструальной функции достигнута у 90 больных из 94 пациенток, которым предполагалось сохранение менструальной функции. У 8 женщин мы не добились нормализации менструальной функции после проведённого вмешательства и последующей гормональной терапии. У всех этих больных отмечалось сочетание миомы матки с диффузным аденомиозом I–II степени. В послеоперационном периоде наблюдалось прогрессирование заболевания, что потребовало проведения оперативного лечения в объёме гистерэктомии в течение периода от 6 меся-

цев до года после гистерорезекции субмукозного миоматозного узла.

Таким образом, оперативная гистероскопия является эффективным методом восстановления менструальной и репродуктивной функций у больных с субмукозной миомой матки.

Научная новизна: трансвагинальная миомэктомия является альтернативным, малоинвазивным, бережливым и весьма эффективным методом лечения субмукозной миомы матки. Безусловно, эндоскопическая хирургия получит дальнейшее развитие, оперативная техника станет безопаснее, эффективнее, появятся новые, усовершенствованные методы малоинвазивных вмешательств, в частности трансцервикальная миомэктомия.

Литература

1. Адамьян Л.В., Каченко Э.Р., Киселёв С.И., Гайдарова А.Х. Современные методы диагностики и альтернативные методы лечения гиперпластических процессов и опухолей матки // Практическая гинекология. М.: МЕД-пресс-информ, 2001. С. 89–115.
2. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. Н. Новгород, 1997. С. 97–99.
3. Бохман Я.В., Ткешелашвили В.Т. Миома матки в пре- и постменопаузе как маркёр онкогинекологической патологии // Акушерство и гинекология. 1987. № 7. С. 12–16.
4. Васильченко Н.П. Клинико-физиологическое обоснование тактики хирургического лечения больных лейомиомой матки / Дисс... д-ра мед. наук. М., 1989.
5. Вихляева Е.М. Актуальные вопросы клинической практики при консервативном ведении больных миомой матки // Акушерство и гинекология. 1980. № 1. С. 8–13.
6. Зыкин Б.И. Эхографическая характеристика миомы матки // Акушерство и гинекология. 1984. № 4. С. 25–26.
7. Кулаков В.И., Селезнёва Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология. Н. Новгород: НГМА, 1997.
8. Лайонс Т. Эндоскопическая миомэктомия. Тезисы международного конгресса «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки». 1997. Т. 1. С. 176.
9. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. Гистероскопия. М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. 176 с.
10. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки – проблемы патогенеза и патогенетической терапии. СПб: ЭЛБИ, 2000.
11. Сайд Анис Бакри. Клиника и комплексное обследование больных с миомой матки при подслизистой локализации узла / Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1986. 21 с.
12. Саркисов С.Э. Эндохирургия матки / Дисс. ... д-ра мед. наук. М., 1999. 215 с.
13. Acien P., Quereda F. Abdominal myomectomy: results of a simple operative technique // Fertil. Steril. 1996. P. 65, 41–51.
14. Buttram V.C., Reiter R.C. Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology and management // Fertil. Steril. 1981. Vol. 36. P. 433–445.
15. Cicinelli E., Romano F., Anastasio P.S., et al. Transabdominal sonohysterography, transvaginal sonography and hysteroscopy in the evaluation of submucous myomas // Obstet. Gynecol. 1995. Vol. 85. № 1. P. 42–47.
16. Coccia M.E. Dynamic echohysteroscopy combined to hysteroscopy: a promising technique in the treatment of partial Asherman's syndrome // World Congress of Gynaecologic Endoscopy, Rome. 1997. P. 53.
17. Cramer S.F., Patel A. The frequency of uterine leiomyomas // Am J Clin Pathol. 1990. 94. P. 435–438.
18. Daniell J. Миомэктомия // Материалы Международного конгресса «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки». М., 1997. Т. 1. С. 192–195.
19. Darai E., Dechaud H., Benifla J.L. Fertility after laparoscopic myomectomy: preliminary results // Hum. Reprod. 1997. Vol. 12. № 9. P. 1931–1934.
20. Donnez J., Gillerot S., Bourgonjon D. Neodymium: YAG laser hysteroscopy in large submucous fibroids // Fertil. Steril. 1990. 54. P. 999–1003.
21. Donnez J., Polet R., Smets M., et al. Hysteroscopy myomectomy // Current Opinion in Obstet Gynecol. 1995. № 7. P. 311–316.
22. Fedele L., Bianchi S., Dorta M., Brioschi D., Zanotti F., Vercellini P. Transvaginal ultrasonography versus hysteroscopy in the diagnosis of uterine submucous myomas // Obstet. Gynecol. 1991. Vol. 77. P. 745–748.
23. Friedman W., Maier R.F., Luttkus A., Schafer A.P., Dudenhausen J.W. Uterine rupture after laparoscopic myomectomy // Acta Obstet.
24. Letterie G.S., Kramer D.J. Intraoperative ultrasound guidance for intrauterine endoscopic surgery // Fertil. Steril. 1994. № 3. P. 654.
25. Li T., Mortimer R., Cooke I.D. Myomectomy: a retrospective study to examine reproductive performance before and after surgery // Hum. Reprod. 1999. 14. P. 1735–1740.