



# ВНУТРИМАТОЧНАЯ ХИРУРГИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ, ПЕРСПЕКТИВА

Зайцева Е.Г., Маренин А.Г., Битеев В.Х.

Кировская областная клиническая больница, Центр малоинвазивной хирургии КГКБ №6 «Лепсе», Кировск, Россия

## ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ

**Актуальность проблемы.** С развитием высоких технологий в медицине, распространенностью и доступностью для каждой женщины ультразвукового метода исследования диагностируемые случаи патологии матки на сегодняшний день составляют до 40 %. Субмукозная миома матки выявляется в каждом 3 – 4-м случае при установлении диагноза миома матки. Субмукозные узлы сопровождаются известным симптомокомплексом в виде обильных, нерегулярных менструальных выделений, бесплодием, болевым синдромом, но могут и не иметь клинических проявлений, т.е. протекать бессимптомно. В независимости от наличия или отсутствия клинических проявлений при выявлении подслизистых узлов на сегодняшний день принято активное ведение таких пациенток.

**Материал и методы.** За период с 2001-го по 2004 год нами выполнено 848 гистероскопических операций, в том числе 212 по поводу подслизистых миом различного типа.

**Результаты исследования.** Мы считаем оправданной медикаментозную подготовку к гистерорезектоскопическим операциям при наличии субмукозной миомы 1 – 2-го типа. При наличии узлов 0 типа (41 % пациенток) гормональная подготовка эндометрия не проводилась. Гистерорезектоскопия позволяет убрать узлы 0 типа исходящие из полости матки практически любых размеров. В нашем случае наибольший узел был размерами до 10 см. При выявлении миомы 1 типа – 27 %, 2 типа – 32 % назначение гормональной терапии позволяет сократить время проведения операции, послеоперационные осложнения и при адекватной подготовке эндометрия и реакции ткани миоматозного узла избежать повторной операции. Резектоскопические операции выполнялись при наличии миоматозных узлов до 5 – 6 см, в том числе при наличии двух интерстициально-подслизистых узлов. Мы использовали в качестве предоперационной подготовки аГнРГ – 1 группа (37 пациенток – 17,5 %), гестринон – 2 группа (21 пациентка – 10 %), КОК – 3-я группа (101

пациентка – 47,6 %), не назначалась медикаментозная подготовка (53 пациенткам – 25 %) – 4-я группа. Оптимальный результат был достигнут при применении аГнРГ у пациенток с подслизистыми миомами 1 – 2 типа. Агонисты гонадотропин релизинг гормона вводились в первый день менструального цикла, ультразвуковая оценка проводилась через 27 – 28 дней, практически во всех случаях отмечалось уменьшение миоматозного узла на 20 – 30 % в 1 месяц, далее вводилась 2-ая инъекция, операция назначалась через 2 – 3 недели после 2-й инъекции. Особенностью операций на фоне лечения аГнРГ является минимальное кровотечение, сокращение времени операции, отсутствие осложнений в послеоперационном периоде, выполнение операций в один этап, без повторной резектоскопии, восстановление менструальной функции в ближайшие 2 – 3 месяца после отмены терапии. Применение в качестве предоперационной подготовки гестринона сопровождалось худшей индивидуальной переносимостью препарата, меньшей инволюцией ткани узла на дооперационном этапе. Применение КОК в качестве предоперационной подготовки не имело особых отличительных позитивных моментов в сравнении с отсутствием какой бы то ни было гормональной подготовки перед операцией. В послеоперационном периоде при резекции миом более 3 см, особенно при удалении более чем 1 узла, назначали аГнРГ – 1 – 2 инъекции с интервалом в 28 дней, либо КОК до 5 – 6 мес.

**Выводы.** В 1-й ой группе при подготовке агонистами ГнРГ в ближайший год послеоперационного наблюдения у пациенток репродуктивного периода наступила беременность в 3 случаях. Во 2-й группе беременностей не было. В 3-й группе у пациенток с бесплодием – 7 беременностей, в 4-й группе – 2 беременности. Полученные нами данные при наблюдении этих пациенток в течение 4 лет, позволяют сделать выводы о целесообразности комбинированного лечения при наличии подслизистой миомы матки 1 – 2 типа.