

ЗНАЧИМОСТЬ ТРАНСЦЕРВИКАЛЬНОЙ МИОМЭКТОМИИ В ПЕРИОДЕ ПРЕ- И ПОСТМЕНОПАУЗЫ

Трансцервикальная миомэктомия в периоде пре- и постменопаузы является высокоэффективным и безопасным методом лечения субмукозной миомы матки. Она более предпочтительна как в медико-социальном, так и в экономическом аспекте в сравнении с гистерэктомией.

Трансцервикальная миомэктомия в репродуктивном периоде в настоящее время является методом выбора лечения пациенток с субмукозными узлами (1, 4, 10, 12, 13, 14). Ценность и значимость такой операции в репродуктивном возрасте, особенно у пациенток планирующих беременность, не вызывает сомнения. В периоде пре- и постменопаузы при наличии субмукозной миомы матки чаще всего выполняется гистерэктомия.

Гистерэктомия — сложная, травматичная операция, сопровождающаяся значительным числом осложнений и высокой частотой функциональных расстройств в послеоперационном периоде (8, 9, 11). В более отдаленные сроки после операции, гистерэктомия сопровождается снижением функции яичников, нарушениями в мочеиспускании, сексуальными и психо-эмоциональными расстройствами (3, 7, 9, 15, 16).

Мы поставили цель определить значимость трансцервикальной миомэктомии с помощью гистероскопии у пациенток с субмукозными узлами в периоде пре- и постменопаузы на основе изучения ближайших и отдаленных результатов после данной операции.

Материалы и методы исследования

С 1994 по 1999 годы в клинике акушерства и гинекологии педиатрического факультета РГМУ выполнено всего 308 трансцервикальных миомэктомий с помощью гистероскопии, из них 132 пациентки были в периоде пре- и постменопаузы. Отдаленные результаты удалось проследить у 95 оперированных пациенток из этой группы в возрасте от 46 лет

до 77 лет. Период наблюдения составил от 6 месяцев до 6 лет.

К моменту операции 70 были в периоде пре- и перименопаузы, а 25 — в постменопаузе.

При изучении характера сопутствующей экстрагенитальной патологии был выявлен широкий спектр различных заболеваний в стадии ремиссии или с хроническим течением болезни: артериальная гипертензия (40%), хронический гастрит (29,5%), хронический холецисто-панкреатит (34,7%), варикозное расширение вен нижних конечностей (24,2%), ожирение (41%).

В анамнезе у 46 (48,4%) больных до момента операции были неоднократные выскабливания стенок полости матки, курсы гормонотерапии и другие методы консервативной терапии по поводу маточных кровотечений без эффекта. У каждой третьей пациентки, подвергавшейся ранее разделному диагностическому выскабливанию в различных клиниках, была выявлена гиперплазия эндометрия.

При изучении перенесенных гинекологических заболеваний обращает на себя внимание высокая частота воспалительных заболеваний органов малого таза по данным женской консультации (40%).

Из 95 обследованных, у 39 гистероскопическая миомэктомия проводилась в экстренном порядке, у остальных 56 — в плановом порядке.

Показания к проведению гистероскопической миомэктомии у обследованных больных представлены в таблице 1.

Из данных таблицы 1 видно, что наиболее частым показанием к гистероскопической операции были маточные кровотечения у

Показания к гистероскопической миомэктомии у обследованных пациенток периода пре- и постменопаузы

Показания к гистероскопии	Пременопауза	Постменопауза
Длительные, обильные менструации	66	—
Кровотечения в постменопаузе	—	17
Рождающийся субмукозный узел	25	3
Подозрение на внутриматочную патологию по данным УЗИ	—	8

66 (94,3%) из 70 пациенток в пременопаузе и у 17 (68%) из 25 — в постменопаузе. У 8 из 25 оперированных периода постменопаузы наличие субмукозного узла не сопровождалось маточными кровотечениями, а выявлялось как диагностическая находка при гистероскопии, которая осуществлялась в связи с подозрением на внутриматочную патологию по данным УЗИ.

Общая величина матки у 52 (54,7%) пациенток составила соответственно 4–6 недель беременности, у 29 (30,5%) — от 6 до 8 недель беременности, у 11 (11,6%) — от 8 до 10 недель беременности и у 3 (3,1%) — выше 10 недель. Миоматозные узлы другой локализации (интерстициальные, субсерозные) были выявлены у 44 (46,3%) пациенток.

Предоперационная гормональная подготовка была проведена только у 12 из 56 оперированных больных в плановом порядке (норколут, норэтистерон или бусерелин в течение 6–8 недель). Операция проводилась сразу же после окончания курса предоперационной подготовки. Плановая гистероскопическая миомэктомия у пациенток в пре- и перименопаузе без предоперационной гормональной подготовки проводилась в фазу пролиферации.

При выполнении гистероскопии во всех случаях использовалось оборудование фирмы «Karl Storz» (Германия).

Все операции у обследованных нами пациенток проводились под общим внутривенным наркозом (кеталар, диприван).

Трансцервикальная миомэктомия выполнялась двумя методами: механическим и электрохирургическим. Операции выполнялись по общепринятым методикам (2, 5, 6, 10, 12, 13).

Тип субмукозного узла мы определяли в соответствии с классификацией Европейской ассоциации гистероскопистов (17):

0 — Субмукозные узлы на ножке, без интрамурального компонента

I — Субмукозные узлы на широком основании с интрамуральным компонентом менее 50%

II — Миоматозные узлы с интрамуральным компонентом 50% и более.

Механическая миомэктомия чаще всего выполнялась при субмукозных узлах 0 типа и реже I типа, электрохирургическая операция — при узлах I и II типа.

Для расширения полости матки при механической миомэктомии использовался физиологический раствор, при электрохирургическом — 1,5% раствор глицина, 5% раствор глюкозы или раствор полиглюкина. Операция проводилась под тщательным мониторингом количества использованной жидкости. Дефицит жидкости не превышал 500,0 мл. Жидкостной перегрузки сосудистого русла не отмечено ни в одном наблюдении.

В ходе гистероскопической операции была выявлена сопутствующая внутриматочная патология: полип эндометрия — у 11 пациенток, гиперплазия эндометрия — у 17, аденомиоз I ст. выраженности — у 14, аденомиоз II ст. выраженности — у 7, полип цервикального канала — у 10.

После проведенной миомэктомии за пациентками проводилось динамическое наблюдение: каждые 3–6 месяцев оценивалось субъективное состояние, характер менструальной функции, производился гинекологический осмотр, ультразвуковое сканирование органов малого таза.

Отдаленные результаты гистероскопической миомэктомии были прослежены от 6 месяцев до 6 лет. Основным критерием эффективности операции считалось купирование маточных кровотечений, удовлетворенность пациентки перенесенной операцией.

При выявлении жалоб и нарушениях менструальной функции производилось внеплановое ультразвуковое сканирование, и после предварительного заключения решался вопрос о повторной госпитализации и необходимости дальнейшего лечения.

Результаты исследования

Механическая миомэктомия выполнена у 71 пациентки, из них у 45 удалены субмукозные узлы 0 типа, у 26 — субмукозные узлы I типа. Размеры удаленных узлов варьировали от 1,5 до 9 см. Количество удаленных узлов от 1 до 3. Количество удаленных субмукозных узлов при различных методиках представлено в таблице 2.

Миоматозные узлы чаще локализовались в дне матки — в 35% случаев, и по передней стенке — в 25%.

Механическая миомэктомия проводилась одноступенно, при первой гистероскопии, что не требовало повторной госпитализации.

Длительность операции была от 10 до 20 минут. Кровопотеря колебалась от 10 до 100 мл. Послеоперационный койко-день после механической миомэктомии был

от 2 до 8, составив в среднем $3,2 \pm 1,5$. В послеоперационном периоде пациенткам с исходной анемией и поступавшим с рождающимся субмукозным узлом проводилась антианемическая, противовоспалительная терапия.

Интраоперационных и послеоперационных осложнений механической миомэктомии в обследованной нами группе пациенток выявлено не было.

Электрохирургическая миомэктомия была выполнена у 24 обследованных пациенток, из них у 3 были удалены субмукозные узлы II типа и у 21 – I типа. Количество удаленных узлов у одной пациентки варьировало от 1 до 4 (табл. 2), величина узлов колебалась от 0,5 до 6 см. Наиболее часто узлы локализовались по передней и левой боковой стенке матки – в 65%, у 15% удалены субмукозные узлы, расположенные в углах матки. У 2 пациенток при узлах II типа (с интрамуральным компонентом более 50%) операция была произведена в два этапа.

У 19 пациенток электрохирургическая миомэктомия сочеталась с резекцией (аблацией) эндометрия, у 11 – с полипэктомией.

У 12 пациенток оперированных электрохирургическим методом, операция проводилась при повторной госпитализации после диагностической гистероскопии, с учетом данных гистологического исследования соскобов слизистой матки и после предоперационной гормональной подготовки. Еще у 2 из них потребовалась 3 госпитализация, для второго этапа миомэктомии.

Длительность операции составила от 20 мин до 50 мин (в среднем $25,2 \pm 9,6$ мин). Кровопотеря колебалась от 20 до 300 мл, в среднем составив $94,6 \pm 23,6$ мл. Пациенток выписывали на 1–3 сутки после операции (средний послеоперационный койко-день составил $1,6 \pm 0,4$). В послеоперационном периоде у 2 больных в течение 1 суток отмечалась гипертермия, потребовавшая назна-

Количество удаленных субмукозных узлов при различных методиках гистероскопической операции

Кол-во узлов	Механическая миомэктомия	Электрохирург. миомэктомия	Всего
1	67	19	86
2	2	4	6
3	1	—	1
4	—	1	1
ИТОГО	71	24	95

чения инфузионной терапии в течение 3 суток. Остальным пациенткам какое-либо лечение в послеоперационном периоде не назначалось.

Серьезных осложнений мы не отметили ни в одном случае миомэктомии у обследованных нами пациенток, необходимости в увеличении объема операции также не возникло.

Реабилитационный период перед возвратом к трудовой деятельности после гистероскопической миомэктомии был от 3 до 15 дней, в среднем $6,2 \pm 1,6$ дней.

Менструации нормализовались по продолжительности и количеству менструальных выделений у всех пациенток периода пременопаузы (70) сразу после операции, но у 20 (21,0%) из 95 обследованных в сроки от 6 месяцев до 6 лет вновь возникли различные нарушения (у 18 – маточные кровотечения, у 2 – боли).

Причины рецидивов маточных кровотечений с последующими исходами и сроками наступления их представлены в таблице 3.

Из данных таблицы видно, что рецидивы нарушений менструального цикла, связанные с узлами другой локализации и аденомиозом, наступали, как правило, в первый год после гистероскопической миомэктомии. Из 5 гистерэктомий (5,3%), произведенных в последующем у обследованных нами 95 пациенток, у 4 она выполнялась в связи с наличием множественных миоматозных узлов. Гисте-

рэктомия была выполнена также одной пациентке в связи с рецидивом маточных кровотечений, обусловленного аденомиозом.

Рецидивы маточных кровотечений, связанные с гиперпластическими процессами эндометрия, наступали позднее (более 2 лет). Ни одной из этих пациенток за время наблюдения не потребовалось гистерэктомии. Эффект был получен от оперативной гистероскопии (полипэктомия, резекция эндометрия) и гормонотерапии.

Рецидив субмукозной миомы матки спустя 4 года после операции был выявлен только у 1 пациентки (1,0%) из 95 обследованных, по поводу чего была выполнена повторная гистероскопическая миомэктомия в сочетании с резекцией эндометрия.

У 18 из 70 пациенток периода пременопаузы за время наблюдения наступила стойкая менопауза, у 8 из них сразу после операции.

Важно отметить, что после электрохирургического удаления субмукозной миомы и резекции эндометрия у всех 19 пациенток наступило клиническое выздоровление. Рецидивов маточных кровотечений у них не выявлено. Аменоррея сразу после операции наступила у 8 (42,1%) пациенток из 19, у остальных отмечалась гипоменоррея.

Таким образом, у пациенток периода пре- и постменопаузы с субмукозными узлами проведение трансцервикальной миомэктомии

Причины рецидивов маточных кровотечений у пациенток периода пре- и постменопаузы после трансцервикальной миомэктомии

Причина рецидива	Срок наступления рецидива	Кол-во б-х	Исход
Полип эндометрия	2–5 лет	6	Гистер. полипэктомия + гормонотерапией (5) Резекция эндометрия (1)
Гиперплазия эндометрия	1,5 г	1	Гормонотерапия
Аденомиоз	1–2,5 лет	2	Гормонотерапия
Рост узлов другой локализации	7мес – 1 1 год – 2 2 года – 1	4	Гистерэктомия (4)
ДМК	6 лет	1	Гормонотерапия
Рецидив субмукозного узла	4 года	1	Миомарезекция + резекция эндометрия
Меноррагия	2–3 года	3	От обследования отказались, симптоматическое лечение
ИТОГО		18	

с помощью гистероскопа явилось безопасной и высокоэффективной как в медицинском, так и социально-экономическом аспекте, альтернативой гистерэктомии.

Обсуждение

Проведение трансцервикальной миомэктомии в периоде пре- и постменопаузы является спорным среди многих гинекологов. Традиционно считается, что если женщиной выполнена репродуктивная функция, необходимости в проведении органосохраняющей операции нет, а целесообразна гистерэктомия. При этом не учитываются возможные осложнения и отдаленные последствия большого объема операции, экономические преимущества эндоскопического вмешательства. Наше исследование проведено с целью уточнения значимости трансцервикальной миомэктомии у пациенток с субмукозными узлами периода пре- и постменопаузы.

В литературе имеются многочисленные исследования ценности гистероскопической миомэктомии в репродуктивном возрасте, и практически нет работ анализирующих результаты такой операции в периоде пре- и постменопаузы (1, 4, 10, 12, 13, 14).

В данном исследовании мы сравнили особенности двух методик трансцервикальной миомэктомии (механической и электрохирургической). Механическая миомэктомия чаще всего была произведена по экстренным показаниям, при узлах 0 типа, даже больших размеров (до 9 см), более короткая по времени проведения, но с несколько более длительным послеоперационным койко-днем. В то время как электрохирургическую миомэктомию можно было выполнить в плановом порядке и удалить субмукозные узлы I и II типа с большим интрамуральным компонентом, правда у половины больных она потребовала повторной госпитализации. Кроме того, электрохирургическая операция позволяет удалять миоматозные узлы небольших размеров, а также расположенные в углах матки, что практически невозможно при механической миомэктомии. Послеоперационный койко-день после электрохирургической операции был несколько короче, чем после механической миомэктомии.

В сравнении с гистерэктомией, каким бы доступом она не выполнялась, гистероскопическая миомэктомия была значительно короче по времени проведения,

послеоперационное пребывание пациенток в стационаре было от 6 часов до 8 суток. Реабилитационный период после гистероскопической операции обычно составлял от 3 до 15 дней, в то время как после гистерэктомии – 6–8 недель. Помимо этого все гистероскопические операции выполнялись под общим внутривенным наркозом, что экономически выгодно в сравнении с видами обезболивания, используемыми при гистерэктомии.

Наше исследование показало, что за период наблюдения в течение 6 лет пациенток периода пре- и постменопаузы после трансцервикальной миомэктомии у 59 (71,1%) из 83 наступило клиническое выздоровление в отношении маточных кровотечений, вызванных наличием субмукозного узла. Процент этот достаточно высок, хотя и несколько ниже, чем в репродуктивном периоде (1, 4, 10, 14). 90 пациенткам (94,7%) из 95 обследованных удалось избежать гистерэктомии, что даже выше чем у пациенток репродуктивного возраста. Причиной рецидива маточных кровотечений чаще всего являлись гиперпластические процессы эндометрия (7 пациенток), но ни одна из них не

потребовала в последующем гистерэктомии. Все они подверглись повторной оперативной гистероскопии и гормонотерапии с положительным эффектом. Как правило, маточные кровотечения связанные с гиперпластическими процессами, в эндометрии выявлялись после гистероскопической миомэктомии спустя 2 года и более. В то же время рецидив маточных кровотечений, связанных с множественными миоматозными узлами другой локализации, чаще всего выявлялся в течение первого года после оперативной гистероскопии (4 пациентки). Все они потребовали гистерэктомии, при этом исходные размеры матки на момент трансцервикальной миомэктомии у них были более 8–10 недель беременности. При детальном анализе этих больных, выявлено, что миомэктомия им проводилась в экстренном порядке с клиникой рождающегося субмукозного узла.

Несмотря на наличие сопутствующего аденомиоза на момент гистероскопической миомэктомии у 21 пациентки, только у 1 из них потребовалась в последующем гистерэктомия в связи с рецидивом маточных кровотечений и только у 2 пациенток после операции появился болевой синдром, вызванный прогрессированием аденомиоза. У половины из них помимо аденомиоза была и гиперплазия эндометрия, подтвержденная гистероскопически и гистологически в момент проведения гистероскопической миомэктомии. В связи с этим миомэктомия сочеталась с резекцией эндометрия с положительными отдаленными результатами. Причина таких хороших отдаленных результатов, по-видимому, связана не только с самой операцией, но и с возрастом пациенток.

Всего же у 19 пациенток гистероскопическая миомэктомия сочеталась с аблацией (резекцией) эндометрия и у всех с хорошими отдаленными результатами. Ни у одной из них не возникло рецидива маточных кровоте-

ний. У 8 сразу после операции наступила аменоррея, а у остальных гипомеоррея. На основании этих данных, мы согласны с мнением ряда авторов (10, 12, 14), что гистероскопическую миомэктомию у пациенток в возрасте старше 40 лет (выполнивших репродуктивную функцию), целесообразно сочетать с резекцией (аблацией) эндометрия.

Проведенное нами исследование показало необходимость проведения трансцервикальной миомэктомии у пациенток периода пре- и постменопаузы с маточными кровотечениями. Но при этом выявились и ряд ограничивающих факторов для проведения этой операции:

1) величина матки превышающая 8 недель беременности;

2) наличие множественных узлов другой локализации.

Особого внимания заслуживает вопрос об отношении к субмукозным узлам в постменопаузе. При наличии кровяных выделений или болей, отсутствии патологии со стороны яичников и предраковых, раковых процессов в эндометрии, целесообразна гистероскопическая миомэктомия, как наименее травматичная и безопасная, с учетом большого количества соматических заболеваний в этом возрасте. Вопрос о необходимости удаления субмукозного узла в постменопаузе без клинических проявлений остается дискуссионным. И хотя у 8 пациенток периода постменопаузы в нашем исследовании субмукозная миома матки ничем не проявлялась, и была диагностической находкой при проведении гистероскопии с целью исключить патологию эндометрия, всем им была выполнена гистероскопическая миомэктомия. По-видимому, в такой ситуации необходим индивидуальный подход к конкретной пациентке. Считаем, что в случае обнаружения субмукозной миомы матки у пациенток в возрасте до 60 лет при наличии условий для удаления ее одномоментно при гистероскопии, целесообразно эту операцию осуществлять.

По нашим данным у пациенток с выраженными проявлениями климактерического синдрома трансцервикальная миомэктомия дала возможность применять заместительную гормонотерапию; что было бы невозможно при наличии в полости матки субмукозного узла, даже при отсутствии клинических проявлений с его стороны.

Литература

1. Адамян Л. В., Кисилев С. И., Зурабиани З. Р. // Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки. / Под ред. В. И. Кулакова, Л. В. Адамян. — М., 1997. — С. 200–205.
2. Бреусенко В. Г., Богинская Л. Н., Каппушева Л. М., Татулов Э. Б. // Роль экстрагенитальной патологии в материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Органосохраняющие и реконструктивные операции в гинекологии. — Краснодар, 1990. — С. 213–217.
3. Васильченко Н. П. // Клинико-физиологическое обоснование тактики хирургического лечения больных миомой матки: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1989.
4. Каппушева Л. М., Бреусенко В. Г., Анисимова С. А. // Трансцервикальная миомэктомия. / Акуш. и гин. — 2000. — № 2. — С. 29–35.
5. Савельева Г. М., Бреусенко В. Г., Каппушева Л. М. // Гистероскопия. — М., 1999. — С. 133–140.
6. Саркисов С. Э. // Этапное гистерорезектоскопическое лечение больных с субмукозной миомой матки. / Анналы хирургии. — 1999. — №1, С.35–38.
7. Alexander D. A., Naji A. A., Pinion S. B., et al. (1996) // Randomised trial comparing hysterectomy with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding: psychiatric and psychosocial aspects. / *BMJ* 312:280–284.
8. Carlson K. J., Nichols D. H., Schiff I. // Indications for hysterectomy. / *N Engl J Med.*, 83:792–796, 1993.
9. Dicker R. C., Greenspan J. R., Strauss L. T. Et al. // Complications

of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States./ *Am J Obstet Gynecol.*, 144:841-8, 1985.

10. Donnez J., Polet R., Smet M., et.al.// *Hysteroscopy myomectomy. Current Opinion in Obstet. Gynecol.*, 7:311-316, 1995.

11. Easterday C. L., Grimes D. A., Riggs J. A.// *Hysterectomy in the United States./ Obstet Gynecol.*, 62: 203-212, 1983.

12. Hallez J. P. // *Singl-stage total hysteroscopic myomectomies: Indications, techniques, and results./ Fertil Steril*, 63:703-8, 1995.

13. Hamou J. // *Electroresection of fibroids. In Endoscopic surgery for gynaecologists./ Dited by Sutton C, Diamond MP. London, 1993.*

14. Mencaglia L., Van Herendael B. J, Tantini C., et.al.// *Evaluation of the benefits for the patients of hysteroscopic myomy resection./ Gynaecol.Endosc.*, 3: 177-79, 1994.

15. Nathorst-Boos J, Fuchs T, von Schoultz B.// *Consumers attitude to hysterectomy: the experience of 678 women./ Acta Obstet Gynaecol Scand.*, 71:230-234, 1992.

16. Richards DH. // *A post-hysterectomy syndrome./ Lancet*, 2:983-5,1972.

17. Wamsteker K, de Block S.// *Diagnostic hysteroscopy: technique and documentation. In Sutton C., Diamond MP. Endoscopic Surgery for Gynaecologists./ 1993, 263-276, London.*