

таваллуди пеш аз муҳлат то валодат рехтани обҳои назди тифлӣ, синдроми норасоии нафасгирӣ синдроми сустинкишофёбии даруни батнии тифл дида мешавад.

Хулоса. Таҳлилҳои гузаронидашуда, нишон доданд, ки чанд қадар синну соли наврасони хомиладор ҷавонтар бошад (15-16 сола), назар ба наврасони синну соли (17-18 сола) аворизҳо ба

монанди: хатарии валодати пеш аз муҳлат, қайқунии хомиладорӣ, ҳолатҳои вазнини гипертензионӣ, таваллуди пеш аз муҳлат, то валодат рехтани обҳои назди тифлӣ, синдроми норасоии нафасгирӣ, синдроми сустинкишофёбии даруни батнии тифл зиёдтар дида мешавад.

Калимаҳои калидӣ: хомиладории наврасон, таваллуд, авориз, синну сол.

УДК 616.37-002.4

^{1,2} Г.К. Раджабова

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ

¹ Кафедра акушерства и гинекологии № 1 ГОУ «ИПО в СЗ РТ»

² Государственное учреждение «Комплекс здоровья Истиклол»

Раджабова Гулджохон Курбоналиевна – зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 ГОУ ИПО в СЗ РТ, к.м.н.; тел.: +992 900 76 44 90.

Цель исследования. Улучшение результатов гистероскопического хирургического лечения субмукозной миомы матки.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов диагностики и гистероскопического лечения 26 женщин с субмукозной миомы матки.

С целью определения критериев выбора оптимальной методики гистероскопической миомэктомии применена классификация К. Wamsteker, где с узлами 0 типа отмечено 7 (26,9%), с узлами I типа – 9 (34,6%) и с узлами II типа – 10 (38,5%) наблюдений. Для уточнения внутриматочной патологии перед вмешательством проводили диагностическую жидкостную гистероскопию.

Результаты исследования и их обсуждение. При каждом типе субмукозного узла была применена индивидуальная тактика. С учётом диаметра, локализации узлы были удалены применением 2-мм и 4-мм эндоинструментов методикой вапоризации узлов в сочетании с инструментальным удалением продуктов деструкции, монополярной электрохирургической резекцией в течение одного вмешательства, с минимальной кровопотерей.

Заключение. Инструментальная методика гистероскопической миомэктомии без предварительной супрессии эндо- и миометрия в более 80% случаев обеспечивает первичное радикальное удаление субмукозных узлов всех типов, без дополнительного применения вапоризации.

Ключевые слова: субмукозная миома матки, гистероскопия, диагностическая гистероскопия, методика вапоризации узлов.

^{1,2} G.K. Rajabova

SOME ASPECTS OF HYSTEROSCOPIC SURGICAL TREATMENT OF SUBMUCOUS UTERINE MYOMA

¹ Department of Obstetrics and Gynecology № 1 «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

² State institution «Istiklol health complex»

Aim. To improve the results of hysteroscopic surgical treatment of submucous uterine myoma.

Material and methods. The work is based on the analysis of the results of diagnosis and hysteroscopic treatment of 26 women with submucous uterine myoma.

In order to determine the criteria for selecting the optimal method of hysteroscopic myomectomy, the classification of K. Wamsteker was applied. Nodes of type 0 were found in 7 (26.9%) cases, nodes of type I in 9 (34.6%) cases and patients with nodes of type II were observed in 10 (38.5%) cases. To clarify the endometrial pathology, diagnostic fluid hysteroscopy was performed before the intervention.

Results. For each type of submucous node, an individual approach was applied. Taking into account the diameter, the localization, nodes were removed by 2mm and 4mm tools, vaporizing the nodes in combination with instrumental removal of destruction products, by monopolar electrosurgical resection, in one intervention with minimal blood loss.

Conclusion. The instrumental technique of hysteroscopic myomectomy without prior suppression of the endometrium and myometrium, in more than 80% of cases provides primary radical removal of submucous nodes of all types, without additional application of vaporization.

Keywords: submucous uterine myoma, hysteroscopy, diagnostic hysteroscopy, nodes vaporization technique.

Актуальность. Миома матки остается одной из актуальных патологий в гинекологии, так как частота ее встречаемости среди других гинекологических заболеваний достигает 44% [1, 5, 6, 10]. В связи с омоложением пациенток, что, по данным статистики, составляет 32 года, и поздним планированием беременности со стороны женщин – проблема приобретает все большую актуальность [1, 2, 5, 6]. Неэффективность существующих методов консервативной терапии является основным фактором широкого применения хирургических методов лечения больных миомой матки, что, по разным данным, составляют от 60% до 70% [3, 4, 12]. К сожалению, до настоящего времени от 60% до 96% всех хирургических вмешательств у больных с миомой матки приходится на радикальные операции, приводящие к потере репродуктивной и менструальной функции, при этом большую группу оперируемых пациенток составляют женщины репродуктивного периода [5, 7, 12]. Однако удельный вес органосохраняющих операций составляет лишь 8-18% [2, 8], что обусловлено противоречивостью данных о возможностях восстановления репродуктивной функции, частотой рецидивов опухоли после миомэктомии и повторных операций. Выбор оптимального доступа на этапе хирургического лечения может привести к значительному улучшению прогноза восстановления репродуктивной функции женщины после операции миомэктомии.

С внедрением гистероскопического доступа появилась адекватная малоинвазивная альтернатива операции, ранее требовавшей проведения лапаротомии. Усовершенствование гистероскопической техники и её использование для хирургического лечения подслизистых узлов внесло существенную коррекцию в тактику ведения больных с данным заболеванием [2, 8, 9, 12]. Частота наступления беременности после применения этого доступа колеблется от 58% до 70% [9, 11]. Отсутствие рубца на матке после гистероскопического удаления подслизистых узлов не требует дополнительного обследования и позволяет ведение родов при последующей беременности через естественные ро-

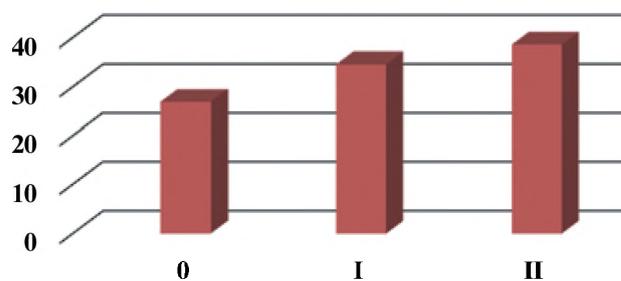
довые пути. В этой связи очевидна необходимость изучения результатов миомэктомии, выполненной гистероскопической техникой.

Цель исследования. Улучшение результатов гистероскопического хирургического лечения субмукозной миомы матки.

Материал и методы исследования. В материалы исследования входили 26 женщин с субмукозным расположением диагностированного узла миомы матки в возрасте от 24 до 55 лет, оперированные в отделении гинекологии родильного дома ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» г. Душанбе за период 2016-2018 годы.

Гистероскопия производилась под общей анестезией с использованием аппаратуры и набора инструментов фирмы «Karl Storz». С целью определения критериев выбора оптимальной методики гистероскопической миомэктомии эффективно было применено классификация К. Wamsteker (рис.).

Распределение женщин по классификации К. Wamsteker



Распределение женщин по классификации К. Wamsteker

Как видно из диаграммы, узлы 0 типа отмечены в 7 (26,9%), узлы I типа – в 9 (34,6%) и узлы II типа – в 10 (38,5%) наблюдениях. Для уточнения внутриматочной патологии перед вмешательством производили диагностическую жидкостную гистероскопию. Определяли размеры и характер миомы, количество узлов, локализацию, а также глубину расположения интрамуральной части узла по классификации.

В отдельных случаях при необходимости применяли одномоментное УЗ-исследование. С целью уточнения состояния эндометрия перед миомэктомией производили прицельную биопсию эндометрия и эндоцервикса с последующим морфологическим исследованием во вторую фазу менструального цикла. В случаях маточного кровотечения диагностическая гистероскопия дополнялась лечебно-диагностическим тотальным выскабливанием с гемостатической целью.

Результаты исследования и их обсуждение.

Субмукозные узлы 0 типа диаметром до 1 см во всех случаях удалены с применением 2-мм и 4-мм эндоинструментов, а диаметром 1 см - с применением методики вапоризации узлов в сочетании с инструментальным удалением продуктов деструкции, в течение одного вмешательства с минимальной кровопотерей. Субмукозные узлы I типа диаметром до 10 мм удалены с применением 2-мм и 4-мм эндоинструментов при локализации узлов по передней (n=1) и боковой стенкам (n=1), при расположении узлов в дне матки (n=1) - конверсия инструментальной методики на электрохирургию. Вапоризация узлов в сочетании с инструментальным удалением продуктов деструкции позволила удалить узлы в течение одного вмешательства. Субмукозные узлы I типа диаметром от 1 до 2 см (n=3) и более 3 см (n=3), независимо от локализации основания, удалены с применением методики монополярной электрохирургической резекции (полное удаление), в течение одного вмешательства с минимальной кровопотерей (до 50 мл).

Гистероскопическая миомэктомия субмукозных миоматозных узлов II типа осуществлена у 10 пациенток. На фоне кровотечения диагностическая гистероскопия с кюретажем стенок полости матки произведена у 3 (11,5%) женщин, у остальных 7 (26,9%) пациенток диагностическая гистероскопия проводилась в первую фазу цикла, сразу после завершения менструального цикла. В 3 наблюдениях узлы, исходившие из передней и боковых стенок, путем вскрытия капсулы узла ножницами с последующим его вылушиванием были полностью удалены.

При локализации узлов в дне матки (n=2) удалось произвести вскрытие капсулы узла ножницами и вылушить его из стенки щипцами диаметром 4 мм. Параллельно была произведена вапоризация узлов с последующим инструментальным удалением оставшихся тканей. Кровопотеря во всех случаях была минимальна (до 50 мл). Субмукозные узлы II типа диаметром от 1 до 3 см (n=2),

независимо от локализации, удалены с применением методики монополярной электрохирургической резекции. В 3 наблюдениях резецировать интрамуральную часть узла не представлялось возможным, и у 2 женщин второй этап резекции был предпринят через 1,5-2 месяца, на фоне продолжающейся супрессии эндо- и миометрия, по данным УЗИ, свидетельствовавших о смещении оставшейся интрамуральной части узла в полость матки. На втором этапе все вмешательства были эффективными.

Заключение. Таким образом, инструментальная методика гистероскопической миомэктомии без предварительной супрессии эндо- и миометрия в более 80% случаев обеспечивает первичное радикальное удаление субмукозных узлов всех типов, без дополнительного применения вапоризации.

ЛИТЕРАТУРА

(ПП. 8-11 СМ. В REFERENCES)

1. Беженарь В.Ф., Цыпурдеева А.А., Долинский А.К. Опыт применения стандартизированной методики лапароскопической миомэктомии / Ж. акушерства и женских болезней. - 2012. - Т.11 (4). - С. 23-33.
2. Караваев Ю.Е., Аскольская С.И., Коган Е.А. и др. Рецидив лейомиомы тела матки в рубце после миомэктомии // Акушерство и гинекология. - 2012. - № 7. - С. 98-100.
3. Караваев Ю.Е., Аскольская С.И., Караваев Ю.Е. и др. Морфофункциональное состояние эндометрия у больных миомой матки репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология. - 2013. - № 8. - С. 46-51.
4. Каробекова Д.А., Рахматуллоева Ш.Х., Сафаров Ч.Б. Хирургическое лечение больных с миомой матки // Вестник Авиценны. - 2014. - № 2. - С. 79-83.
5. Савельева Г.М., Серова В.Н., Сухих Г.Т. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 880 с.
6. Хушвахтова Э.Х., Абдурахманова Н.Д., Холова С.Х. Репродуктивное здоровье женщин с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия в сочетании с доброкачественными новообразованиями яичников // Вестник Авиценны. - 2017. - № 1 (19). - С. 17-20.
7. Штох Е.А., Цхай В.Б. Миома матки. Современное представление о патогенезе и факторах риска // Сибирское медицинское обозрение. - 2015. - № 1 (91). - С. 22-27.

REFERENCES

1. Bezhenar V. F., Tsyurdeeva A. A., Dolinskiy A. K. Opyt primeneniya standartizirovannoy metodiki

laparoskopicheskoy miomektomii [Experience of using standardized laparoscopic myomectomy]. Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney – Journal of obstetrics and women's diseases, 2012. - T.11 (4). - S. 23-33.

2. Karavaev Yu. E., Askolskaya S. I., Kogan E. A. Retsidiv leyomiomy tela matki v rubtse posle miomektomii [Relapse of uterine leiomyoma in the rumen after myomectomy]. Akusherstvo i ginekologiya - Obstetrics and gynecology, 2012, No. 7, pp. 98–100.

3. Karavaev Yu. E., Askolskaya S. I., Karavaev Yu. E. Morfofunktsionalnoe sostoyanie endometriya u bolnykh miomoy matki reproduktivnogo vozrasta [Morphofunctional state of the endometrium in patients with uterine myoma of reproductive age]. Akusherstvo i ginekologiya - Obstetrics and gynecology, 2013, No. 8, pp. 46–51.

4. Karobekova D. A., Rakhmatulloeva Sh. Kh., Safarov Ch. B. Khirurgicheskoe lechenie bolnykh s miomoy matki [Surgical treatment of patients with uterine myoma]. Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna, 2014, No. 2, pp. 79-83.

5. Saveleva G. M., Serova V. N., Sukhikh G. T. Akusherstvo i ginekologiya. Klinicheskie rekomendatsii [Surgical treatment of patients with uterine myoma]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014. 880 p.

6. Khushvaktova E. Kh., Abdurakhmanova N. D., Kholova S. Kh. Reproduktivnoe zdorove zhenshchin s giperplasticheskimi protsessami endo- i miometriya v sochetanii s dobrokachestvennymi novoobrazovaniyami yaichnikov [Reproductive health of women with endometrial and myometrial hyperplastic processes in combination with benign ovarian neoplasms]. Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna, 2017, No. 1 (19), pp. 17-20.

7. Shtokh E. A., Tskhay V. B. Mioma matki. Sovremennoe predstavlenie o patogeneze i faktorakh riska [Uterine Myoma. Modern understanding of the pathogenesis and risk factors]. Sibirskoe meditsinskoe obozrenie - Siberian medical review, 2015, No. 1 (91), pp. 22-27.

7. Islam S., Protic O., Giannubilo S.R., Toti P., Luigi Tranquilli A., Petraglia F., Castellucci M., Ciarmela Uterine leiomyoma: available medical treatments and new possible therapeutic options. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2013, 98(3), pp. 921-934.

8. Maccio A. Three cases of laparoscopic myomectomy performed during pregnancy for pedunculated uterine myomas. Archives of Gynecology and Obstetrics, 2012, pp. 230-35.

9. Radosa M. P., Winzer H. et al. Laparoscopic myomectomy in peri- and post-menopausal women is safe, efficacious and associated with long-term patient satisfaction. European Journal Of Obstetrics Gynecology And Reproductive Biology, 2012, Vol. 162, No. 2, pp. 192 – 196.

10. Sabry M., Al-Hendy A., Schwartz L.B. et al. Innovative oral treatments of uterine leiomyoma. Obstetrics and Gynecology International Volume, 2012, 943635.

^{1,2} **Г.Қ. Раҷабова**

ЯКЧАНД ОМИЛҲОИ ТАБОБАТИИ ГИСТЕРОСКОПИИ ЧАРРОҲИИ МИОМАИ СУБМУКОЗИИ БАЧАДОН

¹ *Кафедраи акушерӣ ва гинекологии № 1-и “Донишқадаи омӯзиши баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”*

² *Муассисаи давлатии «Маҷмааи тандурустии Истиқлол»*

Мақсади тадқиқот. Беҳтаргардонии натиҷаи табобати гистероскопии чарроҳии миомаи субмукозии бачадон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар асоси омӯзиши натиҷаи таҳхис ва табобати 26 зани гирифтори миомаи субмукозии бачадон гузаронида шудааст.

Бо мақсади муайян намудани меъёрҳои интихоби методологияи беҳтарини миомэктомиаи гистероскопӣ, таснифи К. Wamsteker самаранок истифода бурда шуд, ки дар он бо гиреҳҳои навъи 0 дар 7 (26,9%), бо гиреҳҳои навъи I – 9 (34,6%) ва гиреҳҳои навъи II – дар 10 (38,5%) мушоҳида муайян карда шуд. Барои муайян намудани бемориҳои дохили бачадон, пеш аз амалиёт гистероскопияи таҳхиси моеъи гузаронида шуд.

Натиҷаи тадқиқот. Дар ҳар як навъи гиреҳи субмукозӣ тактикаи индивидуалӣ истифода бурда шуд. Бо назардошти диаметр, ҷойгиршавӣ, гиреҳҳо бо истифодаи эндоасбобҳои 2 мм ва 4 мм, усули вапоризатсияи гиреҳҳо бо якҷоягии асбоб гирифтаи маҳсулотҳои вайроншуда, буриши монополярии электрочарроҳӣ дар як муддат бо миқдори ками талафоти хун гузаронида шуд.

Хулоса. Усули асбобии миомэктомиаи гистероскопӣ бе гузаронидани супрессияи эндо- ва миометрия пешакӣ, дар зиёда аз 80% ҳолатҳо, пурра аз байн бурдани аввалини гиреҳҳои субмукозии ҳама навъро, бе иловатан истифодаи вапоризатсия, таъмин менамояд.

Калимаҳои калидӣ: миомаи субмукозии бачадон, гистероскопия, гистероскопияи таҳхисӣ, усули вапоризатсияи гиреҳҳо.