

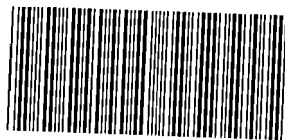
*На правах рукописи*

**КАРАЧЕНЦОВА ИРИНА ВАСИЛЬЕВНА**  
**ПОДСЛИЗИСТАЯ МИОМА МАТКИ.**  
**ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

**14.01.01 – акушерство и гинекология**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание ученой степени**  
**кандидата медицинских наук**



**005537718**

14 НОЯ 2013

**Москва**

**2013**

Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии педиатрического факультета в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Научный руководитель:**

профессор кафедры акушерства и гинекологии  
педиатрического факультета  
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова,  
доктор медицинских наук, профессор

**Бреусенко Валентина Григорьевна**

**Официальные оппоненты:**

Профессор кафедры акушерства и  
гинекологии ГОУ ВПО МГМСУ,  
д.м.н., профессор

**Умаханова Мадина Мусаевна**

Профессор ФГОУ ДПО  
“Институт повышения квалификации  
Федерального Медико-биологического  
агентства РФ”  
д.м.н., профессор

**Кедрова Анна Генриховна**

**Ведущее учреждение:** ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии».

Защита диссертации состоится « » 2013 года в \_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 212.203.03 в Российском университете дружбы народов по адресу: 117333, г. Москва, ул. Фотиевой, д.6.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Российского университета дружбы народов, по адресу: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6.

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2013 г.

**Ученый секретарь диссертационного  
совета доктор медицинских наук,  
профессор**

**И.М. Ордианц**

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Актуальность проблемы.** Миома матки – наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль женских половых органов. Частота ее среди гинекологических заболеваний колеблется от 10 до 27% [Савельева Г.М. и соавт., 2007, Бреусенко В.Г. и соавт., 2005, Ищенко А.И. и соавт., 2010]. Субмукозная локализация узлов встречается у 20-30% больных с миомой матки и является показанием к хирургическому лечению вследствие наличия выраженной клинической картины: меноррагий и метроррагий, анемизирующих пациентку, болевого синдрома, бесплодия и невынашивания беременности [Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М., 2008; Леваков С.А., 2001; Сидорова И.С. с соавт., 2006]. 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, выраженным вегетососудистым и психоэмоциональным нарушениям. Большую группу оперируемых (75-90% пациенток по данным различных авторов) составляют женщины репродуктивного периода [Доброхотова Ю.Э., 2010; Буянова С.Н., Мгелиашвили М.В., Петракова С.А., 2008]. При применении консервативно - пластической хирургии рецидивы миомы матки возникали у 15-44% больных [Ланчинский В.И., 2008, Садов Н.А., 2009]. Последние 15 лет, в связи с развитием и внедрением высоких технологий и эндоскопической хирургии, в лечении субмукозной миомы матки стали применяться инструментальные органосохраняющие методики: трансцервикальная миомэктомия механическим и электрохирургическим способами, лазерный гистероскопический миолизис [Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М., 2007; Кулаков В.И., Адамян Л.В., 2007; Сахаутдинова И.В., 2010, Ищенко А. И. и соавт., 2010; Памфамиров Ю.К., Заболотнов В.А., Рыбалка А.Н., Памфамирова Г.Л., Карапетян О.В., Пучкина Г.А., 2012; Attilio Di Spiezio Sardo, Ivan Mazzon, Silvia Bramante, Stefano Bettocchi, 2008], эмболизация маточных артерий (ЭМА) [Капранов С.А., 2006; Тихомиров А.Л., 2007; Бреусенко В.Г. , Краснова И.А., 2005, 2012; Шевченко Н.А. 2007, Abada Н.Т., 2007, А. J. Smeets, 2010]. Однако, несмотря на внедрение новых методов лечения, до настоящего времени не определено место каждого из них, имеется небольшое число работ по использованию и сравнению хотя бы двух методов органосохраняющих операций для лечения субмукозной миомы матки. Недостаточно объективно оценены осложнения использования новых технологий в практике лечения субмукозной миомы матки ввиду небольшого опыта клиницистов, публикации чаще основываются на данных литературы, а не на собственном опыте.

Все вышесказанное послужило основанием для настоящего исследования.

### **Цель исследования**

Повысить эффективность органосохраняющих методов лечения субмукозной миомы матки

### **Задачи исследования**

1. Оценить информативность: ультразвукового исследования с доплерометрией, гидросонографии, гистероскопии, ангиографии маточных артерий для диагностики субмукозной миомы матки

2. На основании анализа течения операции, раннего и позднего послеоперационного периодов после:
  - трансцервикальной миомэктомии механическим способом
  - электрохирургической резекции с использованием биполярного электрода
  - эмболизации маточных артерий
  - сочетания ЭМА и трансцервикальной миомэктомииопределить алгоритм выбора метода лечения подслизистой миомы матки
3. Изучить в отдаленные сроки менструальную, репродуктивную функции и качество жизни оперированных больных и оценить эффективность указанных органосохраняющих методов лечения

#### **Научная новизна.**

Впервые на основе анализа большого количества наблюдений пациенток с субмукозной миомой матки доказана роль таких методов диагностики подслизистой миомы, как УЗИ с доплерометрией, ангиографии, гидросонографии и гистероскопии. Показано место данных методов для определения типа, локализации, формы миоматозного узла, что позволяет в последующем определить метод лечения субмукозной миомы.

#### **Научно-практическая значимость.**

Впервые на большом объеме наблюдений создан алгоритм дифференцированного подхода к лечению субмукозной миомы матки в зависимости от типа узла, его формы, возраста пациентки, наличия сопутствующих гинекологических заболеваний.

Для выбора метода лечения показана значимость точной диагностики размеров, локализации, формы и типа миоматозного узла. Большую роль в определении данных параметров играет УЗИ как скрининг-метод и гидросонография. Подтверждена высокая значимость гистероскопии в выборе метода удаления узла. Разработан алгоритм обследования больных с миомой матки и подозрением на субмукозную локализацию узла. На основании анализа отдаленных результатов лечения с использованием различных способов четко определены показания к механической, электрохирургической миомэктомии, эмболизации маточных артерий, применению сочетанных методов лечения.

На большом количестве наблюдений показано, что внедрение современных органосохраняющих технологий по - новому решает проблему лечения больных с субмукозной миомой матки, что очень важно для пациенток детородного возраста, желающих сохранить менструальную и репродуктивную функцию. Впервые на основании сопоставления и оценки современных органосохраняющих методик для лечения больных с субмукозной миомой матки показано, что эти методы являются высокотехнологичными, эффективными, малоинвазивными, после их применения не требуется длительное пребывание в стационаре, сокращаются сроки реабилитации пациенток после примененных хирургических вмешательств.

**Внедрение результатов исследования в практику.** Результаты исследования внедрены в практику гинекологических отделений городской

клинической больницы № 31 г. Москвы. Материалы диссертации используются в педагогическом процессе на кафедре акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова».

### **Публикации**

По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, отражающих её основное содержание, в том числе 3 работы в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Для точной топической диагностики узлов миомы и их кровоснабжения, определения сопутствующих болезней эндометрия, миометрия и яичников, исключения злокачественных заболеваний и выбора оптимального метода лечения у пациенток с субмукозной миомой матки целесообразно проведение этапного обследования, включающего ультразвуковое исследование с доплерометрией, гидросонографию, гистероскопию, раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки по показаниям.
2. Для лечения субмукозной миомы матки могут быть использованы как механическое удаление узла (при 0 и 1 типах узлов) с контролем гистероскопии, так и электрохирургическое удаление миомы. Оптимальным методом лечения субмукозной миомы матки, особенно узлов 1 и 2 типов, следует считать электрохирургическую миомэктомию с использованием биполярного электрода. В пременопаузальном периоде у пациенток с субмукозной миомой матки и гиперплазией эндометрия, особенно при рецидиве, целесообразно осуществлять электрохирургическую миомэктомию и тотальную резекцию эндометрия, что является альтернативой гистерэктомии.
3. Эмболизация маточных артерий (ЭМА) является альтернативой гистерэктомии при невозможности проведения других органосохраняющих методов лечения, особенно это важно у нерожавших пациенток в репродуктивном возрасте. ЭМА может быть использована у пациенток с любым типом субмукозной миомы матки. При миграции узлов после ЭМА в полость матки на втором этапе эффективно выполнение миомэктомии трансцервикальным способом. В настоящее время ЭМА является единственным органосберегающим методом лечения миомы матки, который предотвращает рост узлов других локализаций.

### **Апробация работы**

Материалы диссертации доложены на объединенной научно-практической конференции сотрудников кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова» и сотрудников гинекологического отделения ГКБ №31.

### **Структура и объем работы**

Диссертация состоит из введения; 4 глав, посвященных обзору литературы, материалам и методам исследования, результатам, полученным в ходе выполнения работы, заключения; выводов; практических рекомендаций; списка литературы. Работа изложена на 133 листах машинописного текста, содержит 25 таблиц и 47 рисунков. Библиографический указатель включает 243 источника, из них 98 – на русском и 145 – на иностранных языках.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Общая характеристика больных и методы исследования

Исследование проводилось в гинекологической клинике кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета (зав. кафедрой академик РАМН, профессор Савельева Г.М.) на базе 31 ГKB г. Москвы (главный врач – член-корреспондент РАМН, д.м.н, профессор Голухов Г.Н.) за период с 2008 по 2011 год. Согласно поставленным целям и задачам обследована 431 пациентка. У всех наблюдаемых была диагностирована миома матки с субмукозным расположением узла. Единичные миоматозные подслизистые узлы были выявлены у 109 больных, у 322 подслизистые миоматозные узлы сочетались с миоматозными узлами другой локализации. Возраст наблюдаемых варьировал от 19 до 55 лет, большинство больных (86,8%) находилось в репродуктивном возрасте (19 - 45 лет). Самую многочисленную группу составили пациентки в возрасте от 31 до 45 лет (81,5%). Беременности в анамнезе были у 365 (84,7%) пациенток, причем у 301(69,8%) были роды, 54 (14,8%) указывали на наличие искусственных абортов. Отсутствие беременности в анамнезе отметили 66 (15,3%) пациенток, из них у 56 (13%) диагностировано первичное бесплодие, 10 (2,3%) предохранялись от беременности либо не имели полового партнера. У каждой третьей обследуемой были сопутствующие соматические заболевания. Важно отметить, что ЭМА проведена 27 пациенткам с наличием операционно-анестезиологического риска 2-3 степени.

Из 431 пациентки у 307 были указания на проведенные ранее оперативные вмешательства, из них у каждой 4-ой больной в анамнезе были оперативные вмешательства по поводу хирургической патологии (аппендэктомия, холецистэктомия). Операции на придатках перенесли 108 из 431 обследованной, кесарево сечение имело место в анамнезе у 18 больных, миомэктомия различных миоматозных узлов лапароскопическим доступом отмечена у 22 из 431 пациентки, лапаротомическим – у 5.

У всех больных, поступивших на оперативное лечение, миома матки имела клинические проявления. Наиболее часто у больных с подслизистой локализацией миомы матки имели место меноррагия (78,9%) и анемия (60,8%).

К моменту оперативного лечения у обследованных больных были выявлены следующие сопутствующие гинекологические заболевания: аденомиоз - 55(12,8%), гиперплазия эндометрия – 75(17,4%), полипоз эндометрия - 2 (6,7%), полип шейки матки 10(2,3%), ретенционные кисты яичников – 10(2,1%). Постгеморрагическая анемия диагностирована у 262 (60,8%) больных, цифры гемоглобина колебались от 58 до 100 г/л.

В зависимости от метода и объема проведенной операции все больные были разделены на 4 группы. Распределение пациенток по группам представлено в табл. 1.

## Хирургическое лечение, группы

<i>Метод удаления</i>	<i>Количество больных</i>	<i>%</i>
1. Механическая трансцервикальная миомэктомия	75	17,4
2. Электрохирургическая трансцервикальная миомэктомия:	207	48
-сочетание электрохирургической и механической миомэктомии	27	6,3
-электрохирургическая резекция	135	31,3
-сочетание миомэктомии и тотальной резекции эндометрия	45	10,4
3. Эмболизация маточных артерий (ЭМА)	149	34,6
4. Сочетание ЭМА и трансцервикальной миомэктомии	50 из 149	11,6

1 группу составили 75 пациенток с 0 и 1 типом узлов по гистероскопической классификации европейской ассоциации гистероскопистов (ЕАГ) 1995 года, которым произведена трансцервикальная миомэктомия механическим способом. Во вторую группу вошли 207 больных с миоматозными узлами 1 и 2 типа, которым произведена трансцервикальная миомэктомия электрохирургическим способом, используя различные методики. У 27 из 207 больных с миоматозными узлами 1 типа капсула узла сначала вскрывалась с помощью биполярного гистерорезектора, затем узел удалялся механическим способом. 135 из 207 больных с субмукозными узлами 1 и 2 типов выполнена непосредственно миомэктомия с использованием петли биполярного гистерорезектора. 45 из 207 пациенткам перименопаузального периода с сопутствующей гиперплазией эндометрия электрохирургическая миомэктомия была проведена в сочетании с тотальной резекцией эндометрия. Третью группу больных составили 149 женщин, которым в качестве метода лечения была выполнена эмболизация маточных артерий. В четвертую группу отнесены 50 пациенток из 149, которым на первом этапе проводилась ЭМА, а в последующем трансцервикальная миомэктомия механическим или электрохирургическим способами.

Критериями включения в исследование были:

- наличие клинических проявлений субмукозной миомы матки
- общие размеры матки от 5 до 20 недель беременности
- репродуктивный и перименопаузальный возраст больных
- желание пациентки сохранить менструальную и репродуктивную функции, а у пациенток перименопаузального возраста – желание проведения органосохраняющей операции

Критериями исключения из исследования были:

- острые воспалительные заболевания органов малого таза
- атипическая гиперплазия эндометрия и эндоцервикса
- рак эндометрия и шейки матки
- саркома матки
- острая почечная и печеночная недостаточность

#### **Методы исследования**

У всех пациенток в предоперационном периоде были использованы специальные методы исследования: цитологическое исследование шейки матки на атипические клетки, ультразвуковое исследование органов малого таза (с применением ЦДК и ДГ), по показаниям - аспирационная биопсия, гидросонография, гистероскопия. Ультразвуковое исследование в сочетании с цветовым доплеровским картированием (ЦДК) и доплерометрией проводилось с использованием аппарата «Technos MP» Esaote ACUSON 128 XP/10 (США), снабженного доплеровским блоком пульсирующей волны и функцией цветного доплеровского картирования, используя абдоминальный (3,5МГц) и трансвагинальный (7МГц) датчик, с последующей компьютерной обработкой доплерограмм. До оперативного лечения оценивалась форма и размеры матки, определялось состояние М-ЭХО, уточнялись размеры миоматозных узлов, их локализация и количество, толщина капсулы узлов, определялся тип узлов. С целью динамических изменений в миоматозных узлах осуществлялось трансабдоминальное и трансвагинальное ЦДК миоматозных узлов. При ЦДК оценивалось наличие локусов васкуляризации, их количество, расположение (внутри миоматозного узла – интранодулярный кровоток, в капсуле узла – перинодулярный). После проведенной ЭМА всем пациенткам проводилось УЗИ на 3-7 сутки после вмешательства, во время которого оценивался кровоток в миоматозных узлах. После выписки из стационара УЗИ производилось через 1,3,6,9,12 месяцев, далее 1 раз в 6 месяцев. После трансцервикальной миомэктомии механическим или электрохирургическими способами УЗИ проводилось через 1,3,6,12 месяцев, далее 1 раз в 6 месяцев. Определялись размеры матки, размеры миоматозных узлов, состояние полости матки. УЗИ также являлось методом контроля за состоянием стенки матки во время электрохирургической миомэктомии, особенно при удалении субмукозных узлов 2 типа, располагающихся в дне матки.

Для уточнения соотношения интрамурального компонента в предоперационном периоде выполнялась гидросонография у 104 больных. Гидросонография (ГСГ) проводилась на ультразвуковых аппаратах Acuson128xp/4, Technos MP Esaote и Voluson 730. Перед исследованием за 40-60 мин проводилась премедикация (атропин 0,1%-1,0 внутримышечно или но-шпа 2,0 внутримышечно) с целью снятия спазма с внутреннего зева. ГСГ осуществлялась по двум методикам: без обратного тока жидкостной среды при помощи специальных баллонных катетеров («Cook», Германия) и с обратным током с использованием подключичных катетеров. Автоматическая подача жидкостного контраста введения контрастной среды использовалась помпа Hamou Endomat («Karl Storz», Германия), которая



обеспечивала непрерывную подачу жидкостного контраста с постоянными показателями скорости (50-100 мл/мин) и давления (200-300 мм рт. ст.). В качестве контрастной среды использовался стерильный физиологический раствор 0,9%. На основании гидросонографии разработаны критерии отбора пациенток для органосохраняющих методов лечения. Важными параметрами, которые оценивались при контрастировании полости матки, являлись: тип субмукозной миомы, ее размеры, топографическое расположение узла относительно перешейка и устьев маточных труб, расстояние от полюса узла до серозного покрова матки, длина полости матки не более 10 см, а также множественный или единичный характер миомы.

Гистероскопия проводилась по общепринятой методике с использованием гистероскопического оборудования фирмы «Storz» (Германия). Гистерорезекция выполнялась биполярным электродом с помощью системы «Versopoint» (США) и гистерорезектора фирмы «Storz» (Германия).

Как скрининговый метод у больных с сопутствующими гинекологическими заболеваниями или у пациенток с экстренными показаниями к проведению ЭМА нами использовалась аспирационная биопсия эндометрия. При больших размерах миомы матки (свыше 17 недель беременности), для лучшего определения топографо-анатомического расположения узлов проводилась компьютерная томография у 5 пациенток с использованием рентгеновского компьютерного томографа Sytec 2001 фирмы «General Electric Medical Systems» (Europe). Применение вышеописанного комплекса предоперационного обследования больных с миомой матки позволило правильно поставить диагноз, определить локализацию и размеры миоматозных узлов, исключить злокачественные заболевания гениталий, определить характер экстрагенитальной патологии и, таким образом, определить возможность проведения органосохраняющих методик для лечения субмукозной миомы матки.

У пациенток 3 группы непосредственно перед ЭМА выполнялась двусторонняя селективная ангиография сосудов бассейна внутренней подвздошной артерии. Ангиографические исследования осуществлялись в условиях рентгеноперационной с использованием цифровых ангиографических аппаратов с функцией цифровой субтракции и с функцией «roadmap» ОЕС 98-00 фирмы General Electric, США и Philips Integris Allura производства фирмы Philips, Германия. Эмболизация маточных артерий осуществлялась с двух сторон по стандартной методике Сельдингера, многократно описанной в работах Красновой И.А., 2006, Шевченко Н.А., 2007, Арютина Д.Г., 2010, Аксеновой В.Б., 2012, выполненных в нашей клинике.

Объем и характер проведенных обследований представлены в табл. 3.

Табл. 3

**Объем и характер проведенных исследований у пациенток с подслизистой миомой матки**

Метод обследования	Количество обследованных больных		Количество исследований	Количество обследованных больных		Количество исследований
	До хирургического вмешательства			После хирургического вмешательства		
	Абс.число	%		Абс.число	%	
УЗИ органов малого таза	431	100	810	431	100	1164
УЗИ органов малого таза с ЦДК	431	100	810	431	100	1164
Гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание	364	75,7	364	66	13,7	66
Кольпоскопия	301	62,6	301	-	-	-
Цитологическое исследование мазков	431	100	481	210	43,7	210
Гидросонография	104	21,6	104	38	7,9	38
Аспирационная биопсия эндометрия	54	11,2	54	51	35,4	51
Компьютерная томография	5	1,04	5	-	-	-
<b>Всего:</b>	<b>2221</b>		<b>2929</b>	<b>1227</b>		<b>2693</b>

Все пациентки находились на динамическом наблюдении в течение 3 лет.

**Результаты исследований и их обсуждение**

При выборе метода лечения большое значение мы уделяли предварительным данным диагностики субмукозной миомы матки. Диагностическая значимость (чувствительность и специфичность) использованных методов исследования в определении субмукозной миомы матки оказалась высокой и составила соответственно: УЗИ органов малого таза с доплерометрией 95,7% и 92%, гидросонография – 97,3% и 93,4%, гистероскопия – 97,3% и 95%. Мы считаем, что УЗ-метод является скрининговым и у 96% пациенток позволяет выявить наличие субмукозного узла, оценить состояние эндометрия и яичников, а также выявить наличие узлов другой локализации и их размеры. Кроме того, под контролем УЗИ может проводиться элетрохирургическая миомэктомия субмукозных миоматозных узлов 2 типа, особенно расположенных в дне матки, т.е. УЗИ является методом контроля состояния стенки матки. По показателям доплерометрии возможно заподозрить злокачественные изменения в

миоматозном узле. Однако изменения ИР и скорости кровотока не являются специфическими, т.к. подобные их изменения могут наблюдаться при некрозе узла. Важным в выборе метода удаления субмукозного узла является гидросонография, при которой возможно определить тип узла, расстояние от латерального полюса миоматозного узла до серозы, размеры и локализацию узлов. Общеизвестно, что гистероскопия является методом выбора в диагностике субмукозной миомы матки, однако при гистероскопии невозможно определить толщину миометрия, но возможно сразу осуществить удаление узла механическим способом или произвести его электрохирургическую резекцию под контролем данного метода. Двусторонняя селективная ангиография является дополнительным методом исключения саркомы матки в комплексе с УЗИ и клиническими проявлениями. В нашем исследовании не было ни одной больной с подозрением на саркому матки.

Для оценки эффективности и безопасности методов лечения субмукозной миомы матки мы использовали следующие критерии, представленные в табл. 4:

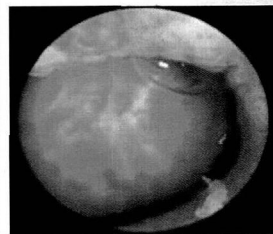
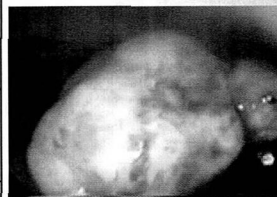
Табл. 4

### Критерии оценки результатов лечения

Безопасность	Эффективность	Качество жизни
Осложнения: во время операции, после операции	Сохранение органа	Удовлетворенность пациенток результатами лечения (отсутствие кровотечений, анемии, диспареунии, болевого синдрома)
Время операции	Нормализация менструальной функции	
Количество теряемой крови	Реализация репродуктивной функции	
Количество введенной/выведенной жидкости	Рост узлов другой локализации	

Как уже было представлено выше, механическая трансцервикальная миомэктомия проведена 75 пациенткам с 0 и 1 типом узлов. Характеристика этой группы больных приведена в табл. 5.

<u>Характеристика больных , перенесших трансцервикальную миомэктомию механическим способом, N=75</u>	
<u>Исучаемый показатель</u>	<u>Характеристика показателя</u>
Возраст пациенток:	32-52 года 48% больных -36-45 лет
Роды в анамнезе	70 больных (93,3 %), у 9 (12 %) – рубец на матке после операции кесарево сечение или миомэктомии
Количество узлов	35 больных-единственный узел 40 больных-субмукозная миома+узлы других локализаций
Размеры матки	5-9 недель беременности
Размеры узлов	15-90 мм (у 57 % больных-15-40 мм)
Тип и форма узла	0 тип продолговатой формы -32 больных 1 тип продолговатой формы-43 больных

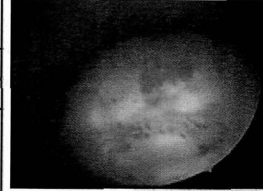
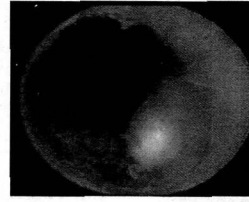


При использовании указанной методики гистероскопия осуществлялась обычным способом в зависимости от выявленной ситуации: тип, форма и размеры миоматозных узлов, наличие или отсутствие патологии эндометрия. Производилось раздельное диагностическое выскабливание и при необходимости прицельное удаление полипов эндометрия. После дополнительного расширения цервикального канала до № 12-14 расширителя Гегара, миоматозный узел фиксировался абортцангом и удалялся методом откручивания. Средняя продолжительность операции составила 25±5 мин, кровопотеря не превысила 30 мл. При контрольной гистероскопии у всех больных полость матки была не деформирована, ложе удаленного узла не кровоточило, эндометрий был тонким на всем протяжении. В отдаленные сроки у 90 % больных нормализовалась менструальная функция, однако у 7 пациенток отмечен рост узлов других локализаций, что потребовало у 4 пациенток в последующем проведения повторной миомрезекции в сроки от 12 до 36 месяцев, у 2 - лапароскопической надвлагалищная ампутация матки (НАМ) без придатков и 1 пациентке была произведена ЭМА.

Эффективность лечения и особенности течения операции и послеоперационного периода у пациенток 2 группы (207 больных) оценили с учетом методики удаления подслизистого узла. У 27 из 207 больных не представилось возможным фиксировать миоматозный узел абортцангом (у них миоматозные узлы были сферической формы), в связи с чем этим больным произведена трансцервикальная миомэктомию сочетанным механическим и электрохирургическим способами. Характеристика представлена в табл. 6.

**Характеристика больных , перенесших  
трансервикальную миомэктомию сочетанным  
электрохирургическим и механическим способом, n-27**

<i>Изучаемый показатель</i>	<i>Характеристика показателя</i>
Возраст пациенток	33-50, причем 20 больных (74%) - 36-45 лет
Роды в анамнезе	26 (96,3%), из них у 3 (11%) - рубец на матке
Количество узлов	25 больных-единственный субмукозный узел, 2 больных-субмукозная миома+узлы других локализаций
Размеры матки	5-9 недель беременности
Размеры узлов	20-70 мм
Тип и форма узла	0 тип сферическая форма-12 больных 1 тип сферической формы-15 больных



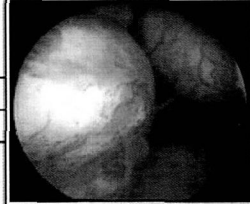
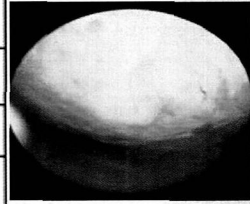
У больных данной группы мы применили следующую методику: после гистероскопии, раздельного диагностического выскабливания слизистой матки, с помощью биполярного электрода вскрывалась капсула узла, затем внутривенно вводился окситоцин 1,0 мл, после чего узел рождался в полость матки у 21 из 27 пациенток, и после дополнительного расширения цервикального канала (в зависимости от размеров подслизистого узла) появлялись условия для фиксации узла абортцангом и механического его удаления методом кускования либо откручивания под контролем гистероскопии. У 6 из 27 обследованных пациенток была проведена частичная резекция узла биполярным гистерорезектором, после чего появились условия для механического удаления оставшейся части узла. Осложнений во время операции не было. Продолжительность операции составила в среднем 30±5 мин, интраоперационная кровопотеря - не более 50 мл. В отдаленные сроки у 85 % больных нормализовалась менструальная функция, у 4 пациенток отмечался рост узлов другой локализации, однако им не потребовалось оперативного лечения в связи с отсутствием показаний (небольшие размеры матки, нормальный кровоток в узлах, отсутствие клинических проявлений миомы матки). Следует отметить, что методики механической и сочетанной трансервикальной миомэктомии являются безопасными, малотравматичными и эффективными (у 97,1% больных нормализовалась менструальная функция) с 0 и 1 типом субмукозных узлов продолговатой и сферической формы. Синехий в полости матки не выявлено ни у одной больной.

Наибольшую подгруппу составили 135 из 207 пациенток, которым была произведена непосредственно электрохирургическая резекция субмукозного узла 1 или 2 типа. Характеристика пациенток, которым производилась биполярная миомрезекция субмукозных узлов, представлена в табл. 7.

Табл. 7.

**Характеристика больных, перенесших  
электрохирургическую миомэктомию, n-135**

<i>Изучаемый показатель</i>	<i>Характеристика показателя</i>
Возраст пациенток	33-50, причем 94 больных (70 %) - 36-45 лет
Роды в анамнезе	112 (83%), у 14 (10,4%) - рубец на матке
Количество узлов	52 больных - единственный субмукозный узел, 9 - несколько субмукозных узлов 74 больных - субмукозная миома + узлы других локализаций
Размеры матки	5-11 недель беременности
Размеры узлов	10-65 мм
Тип и форма узла	1 тип - 68 больных 2 тип - 58 больных Несколько субмукозных узлов - 9 больных



Как видно из табл. 7, у 10 из 135 пациенток в анамнезе было кесарево сечение, что по данным литературы является противопоказанием для проведения миомрезекции, однако в нашем исследовании субмукозные миоматозные узлы не локализовались в области рубца на матке. Анализ течения операции и послеоперационного периода у пациенток после резекции субмукозного узла представлен в табл. 8.

Табл. 8.

**Течение операции и раннего послеоперационного периода  
(электрохирургическая миомэктоми, n-135)**

<i>Изучаемый показатель</i>	<i>Характеристика изучаемого показателя</i>
Расширение цервикального канала	До 10,5 расширителя Гегара
Средняя продолжительность операции	25-60 мин, 38 мин ± 12 мин
Кровопотеря	20-100 мл
Осложнения	1 (0,74%) - перфорация матки, экстренная лапароскопическая НАМ без придатков, ревизия брюшной полости
Полное удаление узла	116 больных (86%) 5 пациенток - повторная гистероскопия, удаление оставшейся интерстициальной части узла в отсроченном порядке
Дефицит жидкости	Не было
Сохранение органа	134 (99,3%)
Койко-день	3-9

Как видно из табл. 8, продолжительность операции у данной группы больных была больше, чем в предыдущих группах. У 1 пациентки возникло интраоперационное осложнение в виде перфорации матки, которое потребовало проведения экстренной лапароскопической НАМ без придатков, ревизии брюшной полости. У 5 из 135 больных удаление узла производилось в 2 этапа. В отдаленные сроки менструальная функция нормализовалась у 88 % пациенток, однако у 4 больных отмечался рост узлов другой локализации, что потребовало проведения лапароскопической НАМ без придатков у 1 пациентки и ЭМА у 3 больных. У 6 пациенток наступила маточная беременность, у 5 – беременность закончилась самопроизвольными родами в срок, у 1 пациентки - артифициальным абортom.

На первых этапах работы у каждой четвертой больной после электрохирургической резекции узла были выявлены синехии, что послужило основанием для разработки мероприятий по их профилактике:

1. Противовоспалительная и гемостатическая терапия у всех пациенток
2. Назначение антигистаминных препаратов после электрохирургической резекции
3. При наличии большого ложа удаленного узла – назначение эстроген-гестагенные препараты на 3-6 месяцев (фемостон 2/10, КОК)

В третью подгруппу 2 группы нами были включены 45 пациенток перименопаузального периода, у которых резекция миоматозного узла была проведена в сочетании с тотальной резекцией эндометрия. Характеристика данной подгруппы представлена в табл. 9.

Табл. 9.

<b><u>Характеристика больных , перенесших электрохирургическую миомэктомию в сочетании с тотальной резекцией эндометрия, n-45</u></b>	
<b><u>Исследуемый показатель</u></b>	<b><u>Характеристика показателя</u></b>
Возраст пациенток	46-54 года
Роды в анамнезе	41 больная (91%), у 2 (4,4%) – рубец на матке
Количество узлов	37 больных-единичный субмукозный узел 8-больных-субмукозная миома + узлы других локализаций
Размеры матки	5-9 недель беременности
Размеры узлов	10-35 мм
Тип и форма узла	1 тип – 26 больных 2 тип – 19 больных



Из представленных в таблице 9 данных видно, что продолжительность операции варьировала от 20 до 60 мин., кровопотеря не превышала 150 мл. Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не было ни у одной больной. Пациентки находились в стационаре после операции от 2 до 5 дней. Данные гистологического исследования свидетельствовали о наличии фибромиомы матки в сочетании с железистой и железисто-кистозной гиперплазией эндометрия у 78% больных, железистым или железисто-фиброзным полипом эндометрия у 22% обследованных.

Через 6 месяцев после операции по данным эхографии у этих больных формировалось гиперэхогенное, неоднородное за счет синехий М-эхо. Через 12 месяцев параметры М-эхо не менялись. После резекции субмукозного узла в сочетании с тотальной резекцией эндометрия аменорея наступила у 64,4% больных, олигоменорея у 26,7%, т.е. эффективность составила 95,6%. У 4 пациенток (8,9%) по данным УЗИ органов малого таза был заподозрен рецидив гиперплазии эндометрия. В дальнейшем двум пациенткам произведена повторная резекция эндометрия, т.к. больные настаивали на сохранении органа, двум – лапароскопическая НАМ без придатков (у них имелись интерстициальные миоматозные узлы, сопровождающиеся меноррагией).

По литературным данным, клиническая эффективность биполярной гистерорезекции субмукозных узлов составляет 83% - 100%. В нашем наблюдении она составила 96,3%. Наиболее частыми осложнениями после трансцервикальной гистерорезектоскопической миомэктомии являются хирургические (перфорация матки и пр.) и гиперводемические, связанные с жидкостной перегрузкой сосудистого русла. Указанные осложнения чаще возможны при использовании монополярных электродов (Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М., 2001). В наших наблюдениях перфорация матки была у 1 больной, гиперводемических нарушений не было ни у одной пациентки.

Таким образом, резекция миоматозных узлов с использованием петли биполярного гистерорезектора является относительно безопасной, малотравматичной, эффективной органосохраняющей и нормализующей менструальную функцию операцией у пациенток с 0, 1 и 2 типами субмукозных узлов.

3 группу нашего исследования составили 149 пациенток, которым была произведена эмболизация маточных артерий. Показаниями для выполнения ЭМА у пациенток с субмукозной миомой матки явились маточные кровотечения (мено- и метроррагии), приводящие к анемии, размеры миомы матки свыше 14 недель беременности, нарушение функции смежных органов, стойкий болевой синдром, неэффективность предшествующего лечения (консервативного и хирургического), наличие тяжелой экстрагенитальной патологии.

Характеристика больных, которым производилась ЭМА, представлена в табл. 10.



**Характеристика больных , перенесших эмболизацию  
маточных артерий, n-149**

<i>Исучаемый показатель</i>	<i>Характеристика показателя</i>
Возраст пациенток	26-54, причём 133 больных (89,3%)-26-45 лет
Роды в анамнезе	122 (81,9%), у 17 (11,4%) - рубец на матке
Наличие экстрагенитальной патологии, представляющей анестезиологический риск	6 (4%): ожирение 4 степени - 2 системный саркридоз - 1 инсульт в анамнезе - 1 ушиб головного мозга в анамнезе-2
Количество узлов	30 больных (20,1%) - единственный субмукозный узел, 5 больных (3,4%) – 2 субмукозных узла 114 больных (76,5%) - субмукозная миома+узлы других локализаций
Размеры матки	6-20 недель беременности
Размеры узлов	25-160 мм
Тип и форма узла	0,1,2 тип субмукозных узлов + узлы других локализаций

По нашим данным, изменение характера кровоснабжения матки и миоматозных узлов происходило непосредственно в момент введения эмболов в маточные артерии и заключалось в прекращении артериального кровотока в миоматозных узлах. А.Л. Тихомиров (2002, 2004, 2007) в своих работах впервые описал наличие постэмболизационного синдрома у всех пациенток, который проявлялся болевым синдромом, лихорадкой, тошнотой, рвотой. В нашем наблюдении ранний послеоперационный период (до 7 дней) после проведения ЭМА у всех 149 пациенток также характеризовался развитием постэмболизационного синдрома: повышением температуры тела до 38,5 С, воспалительными изменениям в анализах крови (лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышение СОЭ), наличием кровяных выделений из половых путей.

Критериями оценки технической эффективности эмболизации маточных артерий мы считали полную редукцию артериального кровотока в миоматозных узлах. Из 149 пациенток с субмукозной миомой матки полная редукция артериального кровотока в субмукозных узлах была достигнута у 142 больных (технический успех – 95,3%). За время наблюдения этих пациенток в течение 8-24 месяцев ни в одном наблюдении возобновления кровотока в эмболизированных миоматозных узлах выявлено не было.

Одним из факторов эффективности ЭМА явилось также изменение размеров миоматозных узлов. Объективным критерием оценки явился ультразвуковой метод. Достоверное уменьшение размеров миоматозных узлов (на 20-30%) зарегистрировано нами к 1 месяцу наблюдения во всех группах. Мы выявили, что уменьшение объема миоматозных узлов и матки в

целом произошло в течение первого года у 88,9% больных, и у 11,1% пациенток происходило дальнейшее уменьшение размеров узлов в течение второго года наблюдения. Также по мере уменьшения миоматозных узлов (экспульсии, миолизиса) происходило уменьшение объема матки в целом. Изменение локализации субмукозной миомы матки после ЭМА представлено в табл. 11

Табл. 11.

**Исходы ЭМА в зависимости от типа узла  
субмукозной миомы матки**

<i>Вариант изменения топографии субмукозного узла</i>	<i>0 тип</i>	<i>1 тип</i>	<i>2 тип</i>
<b>Миграция в полость матки</b>	<b>12</b>	<b>35</b>	<b>44</b>
Миолизис	7	8	6
Экспульсия	5	5	10
Трансцервикальная механическим способом	-	16	13
Трансцервикальная электрохирургическим способом	-	6	15
<b>Миграция межмышечно</b>	-	<b>1</b>	<b>57</b>
<b>Итого:</b>	<b>12</b>	<b>36</b>	<b>101</b>

У пациенток с 0 типом субмукозных узлов при единичном их расположении размеры матки максимально уменьшились (на 80%) уже к первому месяцу наблюдения. У пациенток с 1 типом субмукозных узлов размеры тела матки уменьшились на 40% через 1 месяц от исходных данных, и на 50% от исходных данных через 3 месяца, в дальнейшем изменения объема матки не происходило. У пациенток со 2 типом субмукозных узлов уменьшение объема матки происходило постепенно - в первый месяц - на 30%, через 12 мес. - на 60% - 65% от исходных размеров.

Наряду с уменьшением размеров матки и миоматозных узлов происходит миграция подслизистой миомы, в основном узлов 2 типа.

Из данных табл. 11 также видно, что у 58 больных субмукозные узлы мигрировали в стенку матки, что способствовало исчезновению клинических проявлений. У 50 пациенток после ЭМА появилась возможность трансцервикального удаления субмукозных узлов (4 группа).

В результате ЭМА у всех 50 пациенток 4 группы наблюдалось изменение локализации и размеров узлов миомы. У пациенток с единичной миомой после ЭМА из 17 интерстициальных миом 16 стали субмукозными (12 - второго типа, 4 – первого). Из 14 субмукозных миом второго типа 10 стали субмукозными миомами первого типа, т.е. нами выявлена явная тенденция к «рождению» миоматозных узлов после проведения ЭМА.

Миомэктомию трансцервикальным доступом проводили в различные сроки после ЭМА (минимальный срок – 3 дня, максимальный – 24 месяца).

Таким образом, ЭМА является новым высокоэффективным органосохраняющим методом лечения субмукозной миомы матки. После проведения ЭМА у пациенток с мено - метроррагиями в 92,4% происходит нормализация менструальной функции (гипоменструальный синдром - 1,3%, случаев аменореи не было); купирование болевого синдрома (84,6%), что позволяет заключить о восстановлении нормальной менструальной и сохранении репродуктивной функции, впоследствии реализованной (наступление беременности) у 12 (8,1%) пациенток, перенесших ЭМА или у 12 из 25 (48%) планирующих беременность в данной группе больных.

Трансцервикальная миомэктомия механическим способом выполнена 6 (12%) пациенткам: 2 пациенткам с 0 типом узла и 4 пациенткам с субмукозными узлами 1 типа. В момент дефрагментации узла у 3 больных наблюдалось излитие некротического детрита, после чего оставшиеся ткани узла были удалены кюреткой. У этих пациенток контроль за выполнением миомэктомии осуществлялся при помощи гистероскопии. Ложе удаленного узла определялось в виде углубления в стенке матки, кровопотеря не превысила 50-100 мл. Через 2 месяца по данным УЗИ дефект в миометрии не определялся, деформации полости матки не было.

При наличии у больных субмукозной миомы 1 типа трансцервикальная миомэктомия была выполнена сочетанным способом у 7 (14%) пациенток (капсула узла предварительно вскрывалась у 2 или частично резецировалась с помощью биполярного гистерорезектора у 5), затем узел удалялся механическим способом.

У 29 (58%) пациенток (7 - с субмукозными узлами 1 типа, 20 – с субмукозными узлами 2 типа) и 2 пациенток с интерстициальными узлами с центрипетальным ростом нами использована электрохирургическая миомэктомия с использованием биполярного электрода.

У 8 (16%) пациенток с наличием гиперплазии эндометрия выполнена электрохирургическая миомэктомия в сочетании с частичной резекцией эндометрия.

У всех пациенток при патоморфологическом исследовании подтвержден диагноз миомы матки. Гиалиноз тканей диагностировался у 12% пациенток, некроз миоматозного узла, сопровождающийся отеком и воспалительной инфильтрацией, с большим количеством кровеносных сосудов, в просвете которых было неомогенное содержимое (эмболизирующее вещество) – у 30%. Кальцификация узла определялись у 12% пациенток.

Таким образом, у 25,1% больных с субмукозной миомой матки (преимущественно I и II типа) после проведения ЭМА наблюдается миграция узлов в полость матки, требующая последующего лечения. Высокоэффективной для лечения таких пациенток является трансцервикальная миомэктомия механическим или электрохирургическим способом.

После ЭМА, за счет миграции субмукозных узлов, экспульсии их, миолизиса, трансцервикального удаления их отмечен клинический эффект. По нашим данным, после ЭМА у 92,4% больных, имевших нарушение менструального цикла по типу меноррагии, имелись положительные изменения менструальной функции в виде сокращения объема кровопотери за счет уменьшения продолжительности менструации в среднем на 4 дня и уменьшения интенсивности (обильности) менструации. Все пациентки с 0 типом субмукозных узлов (12) расценили характер менструаций после ЭМА как физиологический. Чувство дискомфорта, болезненный акт дефекации, чувство давления на мочевой пузырь исчезли у каждой третьей пациентки и значительно уменьшились у каждой второй больной. У 84,6% больных с альгоменореей наблюдалось уменьшение или исчезновение болей. В наших наблюдениях в течение года после ЭМА аменорея не возникла ни у одной больной, гипоменорея имела место у 2 из 149 пациенток.

До настоящего времени остается дискуссионным вопрос о использовании ЭМА у женщин, имеющих желание сохранить или восстановить репродуктивную функцию. В наших наблюдениях беременность наступила у 48 % пациенток, планирующих беременность.

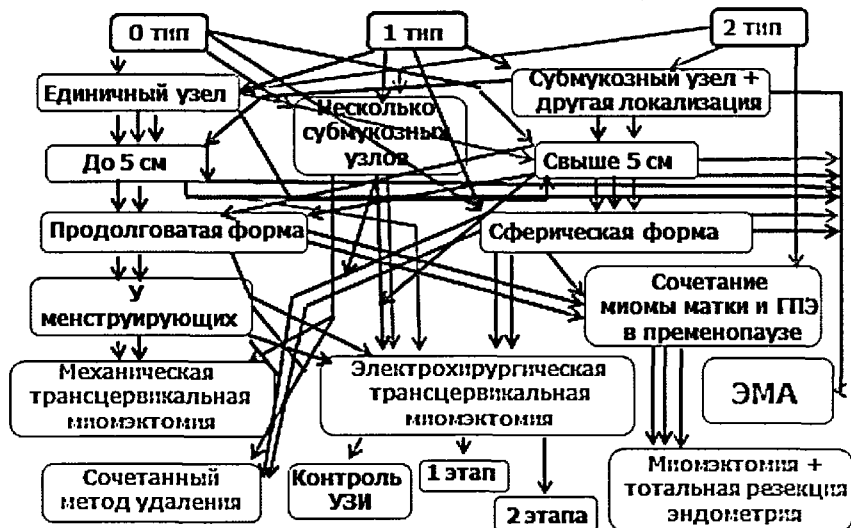
Наш клинический опыт свидетельствует, что методика ЭМА является альтернативой гистерэктомии при невозможности проведения других органосохраняющих методов лечения, кроме того ЭМА является единственным методом органосохраняющего лечения миомы матки, при котором не наблюдается рост узлов других локализаций.

Анализ и сравнение эффективности проведенных органосохраняющих методов лечения субмукозной миомы показал, что трансцервикальная миомэктомия механическим способом является наиболее безопасным, общедоступным, эффективным методом удаления узла, однако данная методика подходит только для 0 и 1 типа узлов продолговатой формы, требует дополнительного расширения цервикального канала, что является ограничивающим моментом для нерожавших пациенток. Из 431 пациентки в нашем исследовании 40 женщин планировали деторождение на момент обследования. У 19 из 40 обследованных (47,5%) наступила беременность, закончившаяся своевременными родами у 14 пациенток (5 наблюдаемых прервали беременность).

Пациенткам, у которых нет условий для фиксации узла абортцангом, возможно проведение сочетанного электрохирургического и механического удаления, что сокращает продолжительность операции и кровопотерю, но также требует дополнительного расширения цервикального канала. Электрохирургическая миомэктомия является высокоэффективным методом лечения субмукозной миомы матки 0,1 и 2 типа, однако имеет большую продолжительность, риск интраоперационных осложнений, требует высокой квалификации хирурга-эндоскописта. Рост узлов других локализаций возможен при всех методах, кроме ЭМА.

На основании глубокого анализа нами разработан алгоритм выбора метода лечения субмукозной миомы матки, представленный на рис. 13.

### Алгоритм выбора метода лечения субмукозной миомы матки



**Рис. 13. Алгоритм выбора органосохраняющего метода лечения субмукозной миомы матки**

Таким образом, выбор метода лечения субмукозной миомы матки должен быть дифференцированным с учетом типа узла, его размеров, возраста и паритета пациентки, квалификации хирурга и оснащенности клиники. Органосохраняющие подходы должны внедряться в клиническую практику лечебных учреждений, что позволит сохранить пациенткам молодого возраста менструальную и детородную функцию.

### **ВЫВОДЫ**

1. Дифференцированный подход к выбору оперативного лечения подслизистой миомы матки позволяет нормализовать менструальную функцию у 84% пациенток и восстановить детородную функцию у 4,4% прооперированных или у 47,5% планирующих беременность.
2. Скрининговым методом диагностики субмукозных миоматозных узлов является УЗИ малого таза. К значимым методам диагностики подслизистой миомы матки относятся гидросонография и гистероскопия, которые позволяют определить тип узла, его форму, величину, локализацию. Во время гистероскопии можно произвести миомэктомию механическим, электрохирургическим или сочетанным способом.
3. Вид оперативного вмешательства при субмукозной миоме матки определяется типом, формой узла, паритетом и наличием

сопутствующих гинекологических заболеваний. При 0 и 1 типе узла продолговатой формы методом выбора является механическая трансцервикальная миомэктомия, при сферической форме 0 и 1 типа возможно использовать сочетанную электрохирургическую и механическую методику удаления субмукозного узла. При 2 типе субмукозной миомы может быть проведена электрохирургическая резекция в 1 или 2 этапа. Отсутствие возможности проведения миомрезекции является показанием к проведению ЭМА.

4. При всех методах лечения подслизистой миомы матки, кроме ЭМА, удаление субмукозных узлов не исключает рост миомы другой локализации. В отдаленные сроки могут возникнуть показания к гистерэктомии: у пациенток репродуктивного возраста в связи с ростом узлов другой локализации, у больных пременопаузального периода с сопутствующими заболеваниями эндометрия - в связи с рецидивом гиперплазии эндометрия.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. У менструирующих пациенток с единичным субмукозным миоматозным узлом 0 и 1 типа продолговатой формы независимо от размеров узла возможно удаление трансцервикальным доступом методом откручивания или кускования с контролем гистероскопии. Миоматозные узлы 0 и 1 типа свыше 5 см продолговатой формы могут быть удалены как механическим, так и электрохирургическим способами, а также возможно сочетание этих методик.
2. При сферической форме субмукозного узла 0 и 1 типа возможно сочетанное удаление (вскрытие капсулы узла и механическое удаление) или электрохирургическая трансцервикальная миомэктомия. Вышеуказанные методики удаления субмукозного узла 0 и 1 типа могут быть использованы и у пациенток с наличием интерстициальных и субсерозных узлов небольших размеров. При значительных размерах интерстициальных или субсерозных узлов у пациенток репродуктивного возраста с субмукозной миомой матки предпочтительно проведение ЭМА на первом этапе, затем трансцервикальная миомэктомия в отсроченном порядке.
3. У пациенток с единичным субмукозным узлом 2 типа, а также у больных с наличием 2 типа узла в сочетании с интерстициальными и субсерозными узлами небольших размеров целесообразно проведение электрохирургической миомэктомии под контролем УЗИ малого таза. У этой группы больных может быть проведена ЭМА как самостоятельный метод лечения, особенно у больных с высоким риском гистерэктомии для жизни, либо как подготовка к трансцервикальной миомэктомии механическим и электрохирургическим способами.
4. При сочетании миомы матки с гиперплазией эндометрия по данным УЗИ малого таза у пациенток репродуктивного возраста на первом этапе должна производиться гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки, при наличии условий – одномоментно миомэктомия. После получения результатов гистологического исследования при подтверждении наличия гиперпластического процесса эндометрия целесообразно назначение гормональной терапии эстроген-гестагенными препаратами или гестагенами.

Отсутствие условий для миомэктомии при гистероскопии после получения результатов гистологического исследования, свидетельствующее о доброкачественных изменениях в эндометрии, является показанием к проведению ЭМА. У пациенток пременопаузального возраста с субмукозным узлом(ами) и гиперплазией эндометрия возможно проведение электрохирургической миомэктомии в сочетании с тотальной резекцией эндометрия как альтернатива гистерэктомии.

#### **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Шевченко Н.А., Караченцова И.В., Бочкова А.В. Эмболизация маточных артерий в лечении субмукозной миомы матки / «Вестник РГМУ» (рецензируется ВАК) / № 3/62, 2008, стр. 72-74
2. Ахундова С.С., Кирикова Ю.М., Миллер А.П., Караченцова И.В. Ближайшие и отдалённые результаты использования биполярной гистерорезекции для лечения различных видов внутриматочной патологии у пациенток различных возрастных групп / «Вестник РГМУ» (рецензируется ВАК) / № 3/62, 2008, стр.9 -11
3. Шевченко Н.А., Караченцова И.В., Калмыкова Н.В., Ахундова С.С. Новые технологии в диагностике и лечении субмукозной миомы матки / «Вестник РГМУ» (рецензируется ВАК) / № 3/62, 2008, стр. 24-26
4. Шевченко Н.А., Караченцова И.В., Дёмина Л.Н. Эмболизация маточных артерий в лечении субмукозной миомы матки / Проблемы репродукции, специальный выпуск «Технологии XXI века в гинекологии» / 2008, стр. 79
5. Шевченко Н.А., Караченцова И.В., Дёмина Л.Н., Калмыкова Н.В., Ахундова С.С., Ваганов Е.Ф. Новые технологии в диагностике и лечении субмукозной миомы матки / «Лечебное дело», специальный выпуск / 2009, стр. 75-76
6. Голова Ю.А., Шевченко Н.А., Караченцова И.В., Калмыкова Н.В., Ахундова С.С., Ваганов Е.Ф., Бобров Б.Ю. Новые технологии в диагностике и лечении субмукозной миомы матки / Проблемы репродукции, специальный выпуск / 2009, стр. 233-234
7. Бреусенко В.Г., Голова Ю.А., Шевченко Н.А., Миллер А.П., Касьянова Г.В., Караченцова И.В. Современные технологии в лечении больных с субмукозной миомой матки / Амбулаторно-поликлиническая практика – платформа женского здоровья / 30 марта - 3 апреля, 2009, стр. 36-38
8. Караченцова И.В., Шевченко Н.А., Павлова М.С., Карпова О.С. Новые технологии в диагностике и лечении субмукозной миомы матки / Вестник РГМУ, специальный выпуск / №2, 2009, стр.263
9. Breusenko V., Golova J., Mishieva O., Shevchenko N., Saveljeva G., Karachentsova I. Modern techniques in submucosal fibroids treatment / XIX Figo World Congress of Gynaecology and Obstetrics / p.405, 2009
10. Шевченко Н.А., Караченцова И.В., Калмыкова Н.В., Бреусенко В.Г., Краснова И.А., Каухова Е.Н. Возможности и место гидросонографии в выборе метода лечения субмукозной миомы матки / XXIII Международный конгресс с курсом эндоскопии Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний, сборник тезисов / 2010, стр. 123

11. Мишиева О.И., Бреусенко В.Г., Караченцова И.В., Голова Ю.А. Отдаленные результаты биполярной гистерорезекции в лечении больных с субмукозной миомой матки / Материалы XI Всероссийского научного форума «Мать и Дитя» / 2010, стр.451
12. Караченцова И.В., Шевченко Н.А. Мишиева О.И. Дифференциальный подход к выбору метода лечения субмукозной миомы матки / V Международный Конгресс по Репродуктивной Медицине. Проблемы репродукции. Специальный выпуск / 2010, стр. 178

### **Субмукозная миома матки. Органосохраняющие методы лечения.**

**Караченцова Ирина Васильевна**

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета  
ГБОУ ВПО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России

Диссертационное исследование посвящено изучению и сравнению органосберегающих технологий лечения субмукозной миомы матки: трансцервикальной миомэктомии механическим или электрохирургическим способами, эмболизации маточных артерий, а также сочетанного использования данных методик. В результате проведенного исследования на большом клиническом материале создан алгоритм выбора метода лечения подслизистой миомы и доказано, что выбор метода лечения субмукозной миомы матки должен быть дифференцированным с учетом типа узла, его размеров, возраста и паритета пациентки, квалификации хирурга и оснащенности клиники. Органосохраняющие подходы должны внедряться в клиническую практику лечебных учреждений, что позволит сохранить пациенткам молодого возраста менструальную и детородную функцию.

### **Submucous uterine myoma. Sparing treatment.**

**Karachentsova Irina**

**Department of Obstetrics and Gynecology  
Russian State Medical University**

The research is devoted to the study and comparison of sparing treatment technologies for submucous uterine fibroids: transcervical myomectomy mechanical or electrosurgical methods, embolization of uterine arteries, as well as the combined use of these techniques. The result of the investigation: the submucous uterine myoma treatment should be differentiated. Mechanical method of the transcervical myomectomy controlled by hysteroscopy might be done in cases of submucous myomatous nodes of the type 0 and 1. Bipolar hysteroresection is the perspective method of transcervical myomectomy in cases of submucous myomatous nodes of the type 1 and 2. In absence of the conditions for the transcervical myomectomy with the aim to preserve the reproductive and menstrual function EUA is preferred. All methods of submucous uterine myoma sparing treatment save reproductive function of patient.



Формат 60x90/16. Заказ 1730. Тираж 100 экз.  
Печать офсетная. Бумага для множительных аппаратов.  
Отпечатано в ООО "ФЭД+", Москва, Ленинский пр. 42, тел. (495)774-26-96