

УДК: 618.14-006.36-089.87

## ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ

*Ахмедова Нилуфар Махмуджановна - к.м.н., доцент, Андижанский  
государственный медицинский институт (Андижан, Узбекистан)*

**Абстракт** Миома матки является наиболее распространённой доброкачественной опухолью женской репродуктивной системы и нередко приводит к маточным кровотечениям и бесплодию, особенно при субмукозной локализации. Целью исследования была оценка эффективности трансцервикальной гистерорезектоскопической миомэктомии. Проанализированы результаты лечения 90 пациенток в возрасте 35–60 лет с субмукозной миомой матки. В 94,1% случаев после операции отмечено восстановление менструального цикла и прекращение кровотечений. Частота осложнений составила 2,3%. У 21,7% пациенток без других причин бесплодия наступила беременность. Метод показал высокую эффективность, безопасность и органосохраняющее значение.

**Ключевые слова:** Миома матки, субмукозная миома, гистерорезектоскопия, трансцервикальная миомэктомия, хирургическое вмешательство, репродуктивная функция.

**Abstrakt** Bachadon miomasi ayollarning reproduktiv tizimida eng ko'p uchraydigan yaxshi sifatli o'sma bo'lib, ayniqsa submukoz joylashuvda bachadon qon ketishi va bepustlikka olib kelishi mumkin. Tadqiqotning maqsadi transservikal gisterorezektoskopik miomektomiyaning samaradorligini baholashdan iborat. 35–60 yoshdagi submukoz bachadon miomasi bo'lgan 90 nafar bemorning davolash natijalari tahlil qilindi. Operatsiyadan so'ng bemorlarning 94,1% ida hayz sikli tiklandi va qon ketishlar to'xtadi. Asoratlar chastotasi 2,3% ni tashkil etdi. Bepustlikning boshqa sabablari bo'lmagan bemorlarning 21,7% ida homiladorlik yuz berdi. Usul yuqori samarador, xavfsiz va organ saqlovchi hisoblanadi.

**Kalit so'zlar:** Bachadon miomasi, submukoz mioma, gisterorezektoskopiya, transservikal miomektomiya, jarrohlik aralashuvi, reproduktiv funksiya.

**Abstract** Uterine fibroids are the most common benign tumors of the female reproductive system and are clinically significant in submucosal localization due to abnormal uterine bleeding and infertility. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of transcervical hysteroscopic myomectomy. The results of treatment of 90 women aged 35–60 years with submucosal uterine fibroids were analyzed. Restoration of the menstrual cycle and cessation of uterine bleeding were achieved in 94.1% of patients. The complication rate was 2.3%. Pregnancy occurred in 21.7% of women without other causes of infertility. Transcervical hysteroscopic myomectomy proved to be a safe, effective, and organ-preserving treatment method.

**Keywords:** Uterine fibroids, submucosal fibroid, hysteroscopic resection, transcervical myomectomy, surgical intervention, reproductive function.

Миома — наиболее распространённая доброкачественная опухоль в женской половой системе, которая клинически проявляется у 25% пациенток [1]. Она возникает из мышечных волокон и состоит из клеток гладкой мускулатуры, связанных с

соединительной фиброзной тканью в различных количествах. Заболеваемость выше у женщин в возрасте 30–40 лет [1]. Как правило, миомы не вызывают симптомов; их обнаруживают с помощью УЗИ, и они не требуют хирургического вмешательства. Однако, когда они вызывают симптомы, чаще всего во время менструации, они могут вызывать аномальные маточные кровотечения, боль, давление в области таза и бесплодие [2]. Расположение миомы имеет решающее значение для возникновения симптомов. Субмукозная миома может вызывать более выраженные симптомы, такие как аномальное маточное кровотечение (АМК), длительные и обильные менструации, требующие хирургического вмешательства. Она также может быть причиной бесплодия, действуя как барьер для сперматозоидов или внутриматочная спираль, препятствуя прикреплению яйцеклетки и делая беременность или сохранение беременности невозможными [3]. После такой операции у 20–30% женщин могут наблюдаться психоэмоциональные расстройства, изменения в работе нейроэндокринной системы и нарушения мочеиспускания, что существенно ухудшает качество жизни. Одним из методов лечения, позволяющим сохранить орган, является трансцервикальная гистерорезектоскопическая миомэктомия. Эта методика применяется при субмукозной локализации узлов.

Преимущества гистерорезектоскопии перед традиционной хирургией:

- меньшая травматичность;
- снижение интраоперационной кровопотери;
- окращение времени операции;
- отсутствие осложнений, связанных с доступом к брюшной полости;
- экономичность.

**Цель исследования:** оценить результаты трансцервикальной гистерорезектоскопической миомэктомии больных с субмукозной миомой матки.

**Материал и методы исследования.** В рамках данного исследования были проанализированы результаты лечения 90 женщин, страдающих от субмукозной миомы матки. Возраст пациенток варьировался от 35 до 60 лет, средний возраст составил  $40 \pm 4,3$  лет. Все пациентки проходили лечение в отделении оперативной гинекологии Перинатального центра в период с 2022 по 2023 год. Из общего числа пациенток:

- 40 (44,4%) жаловались на обильные и продолжительные менструации, сопровождавшиеся слабостью и общим недомоганием;
- 46,7% отмечали ациклические кровянистые выделения;
- 5,6% имели тяжёлую анемию, требующую предоперационной подготовки.

Эти клинические проявления соответствуют описанным в литературе признакам субмукозных узлов, которые чаще всего вызывают меноррагию и могут приводить к анемии вследствие увеличенной поверхности эндометрия и нарушенного гемостаза. Обзор крупного исследования показывает, что при субмукозных миомах главное показание к операции — менструальная дисфункция и проблемы с фертильностью, а не только анемия или болевой синдромы [4]. Анализ репродуктивной функции выявил, что **36 (40,0%)** пациенток страдали бесплодием. Из них **12 (33,4%)** имели первичное бесплодие, а **17 (47,2%)** — вторичное. **В анамнезе у 7 (19,4%)** имелось невынашивание беременности (от 1 до 3 выкидышей на сроке 5–14 недель), а у **17 (47,2%)** были аборт. Статистика бесплодия у женщин с субмукозными миомами сопоставима с данными международных публикаций, где миомы являются признанным фактором, ухудшающим репродуктивные исходы, особенно при деформации полости матки [5]. Перед оперативным вмешательством всем пациенткам проводилось комплексное обследование: сбор анамнеза, общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ малого таза.

Обязательным этапом была **предоперационная диагностическая гистероскопия** для визуализации узла, определения его размеров и типа по классификации FIGO (0, I, II), что является обязательной практикой для выбора тактики хирургического лечения [6].

Основным методом лечения у всех пациенток была **трансцервикальная миомэктомия (гистерорезектоскопия)**. Эта малоинвазивная методика считается золотым стандартом в лечении симптомных субмукозных миом и широко применялась в последней мировой литературе [7]. **Анестезия** подбиралась индивидуально: при узлах до 2 см или типах 0–I предпочиталась внутривенная анестезия, при больших узлах и типе II — регионарная (спинальная). Использовалось эндоскопическое оборудование «Karl Storz» с биполярным резектоскопом, что соответствует современным рекомендациям по безопасности проведения операции [8]. Операция выполнялась по стандартной технике: расширение цервикального канала инструментами Гегара, введение резектоскопа в полость матки, удаление узла с электропетлёй и извлечение его из полости матки. Контроль баланса жидкости выполнялся непрерывно для предотвращения перегрузки сосудистого русла, что отражено в международных протоколах безопасности. Пациенткам однократно вводился антибиотик широкого спектра для профилактики воспалительных осложнений; на **3-и сутки** проводилось контрольное УЗИ матки. Через **1 месяц** выполнялась контрольная гистероскопия для оценки состояния полости матки и исключения внутриматочных синехий [9]. В ходе операций было удалено от 1 до 3 узлов у каждой пациентки. Размеры узлов колебались от 1,0 до 5,0 см. Распределение по типам FIGO было следующим:

**22 пациента** — тип 0;

- **37 пациентов** — тип I;
- **27 пациентов** — тип II.

Все узлы типа 0 были удалены за одну операцию. У 19 пациенток с миомами I и II типов потребовалось двухэтапное лечение с интервалом 1 месяц. Это согласуется с данными литературы, где двухэтапные процедуры показаны для более крупных узлов или с интрамуральной компонентой [10]. В процессе операций у двух пациенток выявлена жидкостная перегрузка сосудистого русла, после чего операция была приостановлена и проведено консервативное лечение с последующим завершением миомэктомии. Такие случаи описаны и международной литературой как редкие, но важные осложнения, требующие немедленного вмешательства. Послеоперационный период протекал без кровотечений и воспалительных осложнений. Гистологическое исследование подтвердило диагноз миомы во всех случаях; соскоб эндометрия не выявил патологических изменений. Основным критерием эффективности были нормализация менструального цикла и прекращение маточных кровотечений. У 94,1% пациенток менструальный цикл нормализовался. Пять пациенток продолжали отмечать нарушения цикла:

- у одной из них причиной была остаточная часть миомы, расположенная глубоко в миометрии, что потребовало тотальной гистерэктомии;
- у четырёх пациенток нарушения были вызваны сочетанием миомы с аденомиозом.

Высокий процент успешной нормализации цикла после гистерорезектоскопии подтверждается результатами крупных исследований, где частота успешного контроля меноррагий после резекции составляет 70-99% [11]. В литературе данные о влиянии миомэктомии на частоту наступления беременности варьируются довольно широко — от 20,1% до 73%, в зависимости от типа миомы и сопутствующих факторов [12]. В нашем исследовании среди 23 пациенток с бесплодием:

- 5 (21,7%) зачали самостоятельно и родили без осложнений;

- еще 5 прошли программу ЭКО: у трех беременность не наступила; у одной — произошёл выкидыш на 14 неделе; одна в настоящее время беременна на сроке 34 недели;
- у оставшихся 13 отсутствие беременности объясняется другими факторами (мужским фактором, трубно-перитонеальными причинами, эндометриозом), что также отражается в мировой литературе о сложности изоляции эффекта миомы на фертильность.

Таким образом, 21,7% пациенток без других причин бесплодия достигли беременности после трансцервикальной миомэктомии — результат, сопоставимый с международными данными о повышении фертильности после удаления субмукозных узлов. При контрольной гистероскопии через месяц после операции не было обнаружено внутриматочных синехий — осложнение, которое редко, но может развиваться после внутриматочных вмешательств. Это согласуется с данными, что современные техники резекции минимизируют риск формирования рубцовой ткани при адекватной профилактике. У двух пациенток ( $\approx 2,3\%$ ) через два года после операции выявлен рецидив подслизистой миомы матки. Это частота рецидивов, сходная с теми, что описаны в литературе, где рецидивы субмукозной миомы после гистерорезекции встречаются реже, чем при других типах узлов. Трансцервикальная миомэктомия с помощью резектоскопии является эффективным и безопасным методом лечения субмукозной миомы. В международных исследованиях частота осложнений редко превышает 2-3%, включая перегрузку жидкости, кровотечения, повреждение стенки матки или инфекции. Среди репродуктивных исходов преимущества операции включают:

- уменьшение кровотечений и восстановление менструального цикла;
- повышение вероятности наступления беременности у женщин с бесплодием, особенно при отсутствии других причин бесплодия;
- уменьшение уровня анемии и улучшение общего состояния пациенток.

Следует отметить, что влияние гистероскопической миомэктомии на частоту родов через естественные родовые пути и частоту разрыва матки в последующих беременностях может зависеть от типа вмешательства и наличия миометрия; данные об этом представлены в других клинических сериях, но выходят за рамки данного исследования. Трансцервикальная миомэктомия является предпочтительным методом лечения субмукозной миомы матки у женщин репродуктивного возраста и эффективно:

- нормализует менструальную функцию в 94,1% случаев;
- способствует восстановлению репродуктивной функции у 21,7% пациенток;
- имеет низкую частоту осложнений —  $\approx 2,3\%$ .

Сравнение с литературными данными подтверждает надежность, безопасность и репродуктивные преимущества оперативной гистероскопии субмукозных миом.

**Вывод.** Проведённое исследование подтвердило, что субмукозная миома матки является одной из наиболее значимых причин нарушений менструальной и репродуктивной функции у женщин репродуктивного возраста. Для данной патологии характерны обильные и длительные менструации, ациклические маточные кровотечения и анемия, что было выявлено у значительной части обследованных пациенток. Высокая частота бесплодия и невынашивания беременности у женщин с субмукозными узлами свидетельствует о существенном негативном влиянии данной локализации миомы на процессы имплантации и раннего эмбриогенеза. Результаты исследования показали, что трансцервикальная гистерорезектоскопическая миомэктомия является эффективным и безопасным методом лечения субмукозной

миомы матки. Применение данной методики позволило достичь нормализации менструального цикла и прекращения маточных кровотечений у 94,1% пациенток, что свидетельствует о высоком клиническом эффекте вмешательства. Низкая частота интра- и послеоперационных осложнений, составившая около 2,3%, подтверждает безопасность гистерорезектоскопии при соблюдении современных протоколов оперативного лечения и адекватного контроля водного баланса. Важным результатом является восстановление репродуктивной функции у части пациенток. Самостоятельное наступление беременности после операции было отмечено у 21,7% женщин с бесплодием при отсутствии других неблагоприятных факторов, что сопоставимо с данными мировой литературы. Это позволяет рассматривать трансцервикальную миомэктомию не только как метод устранения клинических симптомов, но и как важный этап прегравидарной подготовки у женщин, планирующих беременность. Полученные данные свидетельствуют, что предварительная диагностическая гистероскопия и точная оценка типа узла по классификации FIGO имеют ключевое значение для выбора оптимальной тактики лечения. При миомах I-II типов в ряде случаев целесообразно проведение двухэтапного вмешательства, что позволяет снизить риск осложнений и обеспечить более полное удаление узла. Отсутствие внутриматочных синехий при контрольной гистероскопии через месяц после операции подтверждает щадящий характер методики и её безопасность в отношении сохранения анатомо-функционального состояния полости матки.

Таким образом, трансцервикальная гистерорезектоскопическая миомэктомия является методом выбора при лечении субмукозной миомы матки у женщин репродуктивного возраста. Она обеспечивает высокую эффективность в отношении купирования маточных кровотечений, восстановления менструальной и репродуктивной функции при минимальном риске осложнений и сохранении органа. Внедрение данной технологии в широкую клиническую практику способствует улучшению качества жизни пациенток и расширяет возможности сохранения фертильности у женщин с данной патологией.

#### Литература

1. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10397-006-0242-9#ref-CR1>
2. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/567>
3. [https://medaboutme.ru/articles/submukoznaya\\_mioma\\_matki\\_simptomy\\_i\\_lechenie](https://medaboutme.ru/articles/submukoznaya_mioma_matki_simptomy_i_lechenie)
4. **Long-term results of hysteroscopic myomectomy in 235 patients** — PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16530319/>
5. **Submucous fibroids and infertility: effect of hysteroscopic myomectomy** — Journal of Human Reproductive Sciences. [https://journals.lww.com/jhrs/fulltext/2013/06010/submucous\\_fibroids\\_and\\_infertility\\_effect\\_of.9.aspx](https://journals.lww.com/jhrs/fulltext/2013/06010/submucous_fibroids_and_infertility_effect_of.9.aspx)
6. [https://journals.eco-vector.com/jowd/article/view/90027/zh\\_CN](https://journals.eco-vector.com/jowd/article/view/90027/zh_CN)
7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15380769>
8. <https://sfs.org/the-3rd-edition-prevention-management/chapter-44>
9. <https://www.mediasphera.ru/issues/rossijskij-vestnik-akushera-ginekologa/2024/4/1172661222024041048>
10. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211506000510>
11. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9692806>
12. [https://journals.lww.com/jhrs/fulltext/2013/06010/submucous\\_fibroids\\_and\\_infertility\\_effect\\_of.9.aspx](https://journals.lww.com/jhrs/fulltext/2013/06010/submucous_fibroids_and_infertility_effect_of.9.aspx)