

^{1,2}Попов Э. Н., ^{1,2}Ниаури Д. А., ²Беженарь В. Ф.,
¹Гвасалия Р. Г.

¹Санкт-Петербургский Государственный Университет,
медицинский факультет, кафедра акушерства и гинекологии;
²НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН,
Россия

ОФИСНАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Амбулаторная или офисная гистероскопия получила развитие после внедрения в практику гистероскопов диаметром 2,9 мм.

Материал и методы. В течение 2005 года в отделении оперативной гинекологии НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН амбулаторно было выполнено 295 гистероскопий. Средняя продолжительность операции составила 10,6 минут, средняя продолжительность пребывания в клинике 2,5 часа. Послеоперационный период без осложнений. Основным показанием к проведению гистероскопии являлось уточнение причины маточного кровотечения.

Результаты исследования. Патологическое состояние эндометрия выявлено у 62 % женщин. Средний возраст обследованных составил 41,0 ± 4,7 лет. При этом в 89 % случаев отмечено совпадение диагноза с данными последующего гистологического исследования. Особенно актуальной и информативной гистероскопия была в случае фиброзных и железисто-фиброзных полипов эндометрия (n = 49). Совпадение эндоскопического и гистологического диагнозов составило 100 %. Следует отметить, что гистероскопия позволила контролировать полноценное удаление гиперплазированной ткани эндометрия. В 20 % (n = 59) случаев у женщин с жалобой на перименопаузальные кровотечения гистероскопия с трансцервикальной пункционной биопсией миометрия использована в комплексной диагностике аденомиоза. Диагноз по материалу, полученному в

процессе гистероскопии в 100 % случаев совпал с результатами гистологического исследования удаленной в последующем матки. В 16 % (n = 48) диагностическая гистероскопия предшествовала гистерорезектоскопической миомэктомии и позволила уточнить размеры, локализацию и тип субмукозного миоматозного узла. Причем, в 11 случаях обнаружение субмукозного миоматозного узла размерами 6,0 см. и более позволило провести гормональную предоперационную подготовку GnRH, и выполнить последовавшую через 2 месяца гистерорезектоскопию в оптимальных условиях. В 5 % наблюдений (n = 15) диагностированы аномалии развития полового аппарата — внутриматочная перегородка. В задачу офисной гистероскопии входило уточнение степени выраженности порока развития матки с целью планировании необходимого объема хирургической коррекции. Гистероскопическая резекция перегородки матки проводилась с лапароскопическим контролем в стационарных условиях. Амбулаторный гистероскопический контроль через 6 месяцев после метропластики позволил оценить эффективность оперативного лечения и выбрать оптимальные сроки планирования беременности.

Вывод. Таким образом, офисная гистероскопия — гинекологическая операция, которая обеспечивает современную высокотехнологичную хирургическую помощь при гиперпластических процессах в полости матки.

Пучков К. В., Иванов В. В., Политова А. К.

ГУП «Медицинский центр» Управления делами Мэра и
Правительства г. Москвы,
Рязанский ГМУ им. акад. И.П. Павлова, Россия

РОЛЬ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЧЕСКОЙ АБЛАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

Актуальность проблемы. В современных условиях ухудшение индекса здоровья населения значительно затрудняет выбор препаратов для гормонотерапии гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) из-за большого числа со-

путствующих экстрагенитальных заболеваний. Поэтому при наличии противопоказаний или ее неэффективности методом выбора для данной категории больных является оперативное лечение в объеме гистерорезектоскопической абляции эндо-