



Бреусенко В. Г., Клевно М. Е., Штыров С. В.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского Государственного медицинского университета, Москва, Россия

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

**Цель исследования:** выявить наиболее точный метод диагностики патологии эндометрия путем определения чувствительности и специфичности методов в сравнении с результатом морфологического исследования биопсированного материала.

**Материал и методы.** Нами было обследовано 78 пациенток репродуктивного возраста с различной внутриматочной патологией. Возраст женщин колебался от 21 года до 45 лет. Критериями отбора явились жалобы на мено-метроррагию, отсутствие признаков онкологического заболевания, наличие УЗИ перед гистероскопическим исследованием, морфологическое заключение. Все пациентки были разделены на группы, в зависимости от вида внутриматочной патологии. Первую группу составили 51 пациентка с диагнозом «миома матки»; вторую — 27 женщин с полипами эндометрия; третью — 33 женщины с аденомиозом и четвертую — 9 пациенток с внутриматочными синехиями. Всем больным на первом этапе проводилось ультразвуковое сканирование органов малого таза по общепринятой методике с использованием трансвагинального и трансабдоминального мультичастотных датчиков 3,5 и 7,5 МГц на УЗ-аппаратах «Acuson» 128 xp<sup>4</sup> и «Technos MP» Esaote (Япония). На втором этапе проводилась гистероскопия. Данные визуальных методов диагностики сопоставлялись с морфологическим исследованием соскобов и удаленных макропрепаратов.

**Результаты исследования.** В ходе проведенного исследования удалось установить, что у 51 пациентки с диагнозом «миома матки» при УЗИ определялась увеличенная в размерах матка от 5

до 14 недель беременности с узловой трансформацией миометрия. При гистероскопии выявлено наличие миомы матки лишь у 21 женщины. После морфологического исследования биопсированного материала у 24 больных выявлены железистые и железисто-фиброзные полипы эндометрия, у 12 выявлена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, у 15 — эндометрий секреторного и пролиферативного типа. При УЗИ полипы эндометрия были заподозрены у 27 пациенток. При гистероскопии полипы подтвердились у 18. У 3 пациенток на основании УЗИ за полипы эндометрия были приняты неотторгнувшиеся обрывки эндометрия, у 6 — мелкие подслизистые миома-тозные узлы. После морфологического исследования полипы подтвердились у 21 женщины, у 6 на фоне полипов выявлена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. При УЗИ у 18 больных выявлен аденомиоз. При гистероскопии аденомиоз обнаружен у 33 пациенток. После морфологического исследования у 18 больных выявлены железисто-фиброзные полипы эндометрия, а у 9 — железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. У 6 женщин эндометрий секреторного или пролиферативного типа. На основании УЗИ и гидросонографии внутриматочные синехии были заподозрены у 9 больных. При гистероскопии синехии подтвердились у всех пациенток.

**Заключение.** Таким образом, в ходе проведенного исследования удалось установить, что гистероскопия при определении внутриматочной патологии является более эффективным методом диагностики по сравнению с ультразвуковым исследованием.

Ищенко А.И., Ромаданова Ю.А.,  
Бахвалова А.А.

Клиника акушерства и гинекологии ММА  
им. И.М. Сеченова,  
Москва, Россия

## ГИСТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМИОЗА

**Актуальность проблемы.** За последние годы гистероскопия получила широкое распростране-

ние в диагностике заболеваний матки. Точность диагностики внутреннего эндометриоза при при-

менении данного метода колеблется от 32,2 до 91,4 %. Мы полагаем, что с целью диагностики целесообразно выполнять на 6–8 день менструального цикла мини-гистероскопию, при которой используется 2,5-миллиметровый гистероскоп, позволяющий проводить осмотр полости матки без предварительного расширения цервикального канала и, следовательно, без травмы эндометрия. В сомнительных случаях возможно проведение гистерорезектоскопии с прицельной биопсией миометрия из подозрительных участков. Гистероскопия может служить не только методом диагностики аденомиоза, но и доступом для органосберегающего хирургического лечения этого заболевания у женщин репродуктивного возраста.

**Материал и методы.** В нашей клинике 15 пациенткам с аденомиозом была выполнена комбинированная абляция эндометрия, 12 — интерстициальная лазерная термотерапия аденомиоза, 18 — гистероскопический Ho-YAG-лазерный дреллинг матки.

**Результаты исследования.** Все операции проводились на 6–7 день цикла под внутривенным наркозом. При выполнении абляции эндометрия после предварительного расширения цервикального канала расширителями Гегара до № 11 проводилась резекция эндометрия передней и задней стенок матки с помощью петлевого электрода резектоскопа, а потом с помощью Nd-YAG лазера проводилась вапоризация эндометрия в дне матки и по боковым стенкам матки. В трубных углах использовался Ho-YAG лазер. При наличии узловой формы аденомиоза с субмукозным или центрипетальным ростом узлов выполняли интерстициальную лазер-индуцированную термотерапию с помощью Nd-YAG лазера. Вначале с помощью безоболочечного волоконного катетера с прямым выводом лазерного излучения в узле аденомиоза под гистероскопическим контролем формировали канал заданной длины, затем в сформированный канал вводили волоконный световодный катетер с цилиндрическим рассеивающим наконечником. В течение 3–5 минут происходило равномерное

распределение лазерной энергии во всех направлениях в объеме опухолевого образования.

Для лечения диффузного аденомиоза мы разработали технику дреллинга матки с помощью Ho-YAG лазера, которая, являясь по сути аналогичной интерстициальной лазерной термотерапии, отличается большей технической простотой и не требует использования 2 видов лазерных световодов. Для дреллинга матки использовали Ho-YAG лазер мощностью 20 Вт. Лазерная энергия доставлялась по гибким кварцевым световодам со свободным наконечником. Световод проводился в полость матки по рабочему каналу 2,5-миллиметрового гистероскопа без предварительного расширения цервикального канала. В дне и по передней и задней стенкам матки с помощью Ho-YAG лазера формировалось от 10 до 20 каналов и проводилось облучение миометрия вышеуказанным лазером из каждого канала в течение 30–60 секунд.

Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений. Пациентки выписывались из стационара через 2–3 дня. В послеоперационном периоде пациенткам назначались гестагены во вторую фазу цикла в течение 4–6 месяцев или аналоги гонадотропин-релизинг гормона в течение 3–4 месяцев. Подбор послеоперационной гормональной терапии осуществлялся индивидуально в зависимости от возраста пациентки, степени тяжести аденомиоза, клинической картины заболевания и желания беременности. У всех пациенток после проведенного лечения прекратилась меноррагия, уменьшился болевой синдром. Через 9 месяцев после абляции эндометрия аменорея была достигнута у 66,7 % больных, гипоменорея — у 33,3 %.

**Выводы.** Таким образом, после гистероскопических органосберегающих операций при аденомиозе достигается положительный клинический эффект, что позволяет рекомендовать их в качестве альтернативы гистерэктомии у пациенток молодого возраста, желающих сохранить матку.

**Климова И. П.**

Гинекологическое отделение ЦМСЧ № 58 ФМБА РФ,  
Северодвинск, Россия

## ВНУТРИМАТОЧНАЯ ХИРУРГИЯ – ЗНАЧИМЫЙ РАЗДЕЛ ОПЕРАТИВНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

**Актуальность проблемы.** В структуре гинекологической заболеваемости внутриматочная патология во всех возрастных группах женщин занимает ведущее место, а её диагностика и лечение продолжает оставаться наиболее актуальной проблемой оперативной гинекологии. К числу

распространенных патологических состояний матки относятся гиперпластические процессы в эндометрии (ГПЭ). Особого внимания заслуживают длительно существующие рецидивирующие ГПЭ, тесная связь которых с развитием инвазивного рака матки отмечена в 20–30 % наблюдений.