

Результаты

Сексуальная функция после оперативного вмешательства зависит и от преморбитного фона. Постоянные, длительные кровяные выделения из половых путей, сопровождающиеся болями в нижних отделах живота, затрудняли половые контакты, порой делая их невозможными. Таким образом, удаление причины благотворно воздействовало на дальнейшую сексуальную активность пациенток. Некоторые пациентки неохотно обсуждали с врачом негативные стороны, считая затрагиваемые вопросы личными. Все это в конечном итоге могло повлиять на результаты проведенных исследований. В целом в обследуемых группах улучшение сексуальной функции отметили 13 человек (10,8%), сексуальная функция не изменилась у 83 пациенток (69,2%).

Возобновление половой жизни произошло у всех обследованных пациенток. Однако после эмболизации маточных артерий начало половой жизни отмечено у большинства пациенток в 1-м месяце после операции, а после гистерэктомии — через 4 месяца. Основная причина такой разницы между группами — вид оперативного вмешательства. Пациентки после гистерэктомии, прежде всего, сомневались в состоятельности культи шейки. Эмболизация маточных артерий не влекла за собой подобных изменений.

По всей видимости, этими сомнениями и переживаниями объясняются и другие «изменения» в семейной жизни. Например, каждая четвертая пациентка, перенесшая операцию, указала на снижение полового влечения и удовольствия. Все это, естественно, сказывалось на половой активности. Намного чаще после экстирпации матки пациентки жаловались на исчезновение оргазма. Эмболизация маточных артерий не влекла за собой подобных изменений.

Кроме того, как следует из вышеизложенного, в развитии сексуальных изменений определенную роль играет состояние гипоестрогении. Признаки урогенитальной атрофии (диспареуния, сухость слизистой влагалища) появились у каждой шестой пациентки и четвертой пациентки соответственно. Частота этих жалоб с увеличением послеоперационного периода возрастала. Все это, естественно, сказывалось на половой активности. После ЭМА подобные явления не отмечались.

Заключение

Сексуальная функция в наибольшей мере нарушена у женщин после гистерэктомии и в меньшей — после ЭМА. Причем у первых нарушения выявлялись уже через год после операции и прогрессировали по мере увеличения длительности послеоперационного периода.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЗЕКТОСКОПА С НЕМЕДЛЕННОЙ АВТОМАТИЧЕСКОЙ АСПИРАЦИЕЙ ЧИПСОВ ПРИ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ СУБМУКОЗНЫХ МИОМ МАТКИ

© А. Ф. Ефименко, О. А. Берестовой

Киев, Украина

Актуальность проблемы

Гистероскопическая резекция субмукозных миом матки в последние годы стала неоспоримым «золотым стандартом» при ведении пациенток с этой распространенной патологией. Резектоскопические инструменты постоянно подвергаются технологическим усовершенствованиям, направленным на улучшение клинических результатов.

Цель исследования

Оценка клинической эффективности использования Master Resectoscope (R. Wolf™) при резекции субмукозных миом матки в сравнении с традиционными резектоскопическими системами.

Материал и методы

В исследование включены 96 пациенток с наличием не более 1 субмукозного узла (2–4,5 см), тип G0–G1 по классификации ESHRE. С августа 2006 по март 2008 года всем пациенткам проводилась гистероскопическая резекция субмукозных миом с использованием двух резектоскопических систем: I группа — 26 Fr монополярный резектоскоп K. Storz (51 пациентка), II группа (45 пациенток) — 27 Fr R. Wolf Resection Master Resectoscope с автоматической аспирацией резецированных тканей миомы (чипсов). Клинические параметры резецированных миом (диаметр узлов и степень их миометриальной инвазии) были одинаковыми у пациенток обеих групп. Средний возраст пациенток составил

34,0±3,7 года для I группы и 33,8±3,9 года для II.

Для обеих резектоскопических систем в качестве источника энергии использовался высокочастотный Autocon II 400 K. Storz. Основными технологическими и клиническими критериями оценки результатов служили продолжительность вмешательства, объем израсходованной 5% глюкозы, объем кровотечения в ходе вмешательства, качество интраоперационного обзора, а также развитие интра- и послеоперационных осложнений.

Результаты

Средняя продолжительность резекции субмукозных миом составила 23,0±4,5 мин для резектоскопа K.Storz и 13,0±3,1 мин для резектоскопа Master Resectoscope (R. Wolf). В обеих группах не отмечалось ни кровотечений, ни синдрома ТЦРСМ (транс-цервикальной резекции субмукозных миом). Субъективно хирургами отмечался лучший обзор в полости матки при использовании R. Wolf Master Resectoscope за счет немедленной аспирации резецированных тканей

и отсутствия необходимости извлечения инструментов в целях удаления чипсов. Средний объем израсходованной 5% глюкозы во второй группе (1245,6±56,8 мл; 470–1960 мл) был существенно меньшим по сравнению с первой (2088,3±73,2 мл; 820–3100 мл). Клиническая эффективность вмешательства относительно продолжительности операции, интраоперационных кровотечений, а также полноты резекции тканей миомы была достоверно лучшей во II группе, выполненной при помощи R.Wolf Master Resectoscope.

Заключение

Наши предварительные результаты демонстрируют многообещающие возможности использования резектоскопов с немедленной аспирацией чипсов при гистероскопической резекции субмукозных миом за счет существенного сокращения продолжительности оперативного вмешательства. Кроме того, данное преимущество позволяет избегать таких грозных осложнений, как синдром ТЦРСМ и прочих постгистероскопических проявлений.

НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МИО- И ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ ДО И ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

© Д. М. Ибрагимова, Н. А. Литвинова, А. А. Алиева, И. И. Гришин, Ю. Э. Доброхотова

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета с курсом ФУВ, Москва, Россия

Актуальность проблемы

Диагностическое значение цветового доплеровского картирования (ЦДК) и ультразвукового исследования (УЗИ) трудно переоценить.

В настоящее время применение трансабдоминальной и трансвагинальной эхографии позволило значительно повысить точность диагностики заболеваний внутренних половых органов. По данным Демидова В. Н., наибольшая информативность ультразвукового сканирования отмечена при диагностике миомы матки, опухолей яичников и патологии эндометрия. Трансабдоминальная или трансвагинальная эхография является неинвазивным, легко выполнимым и высокоинформативным методом исследования, позволяющим оценивать качественные и количественные характеристики внутриматочных структур.

Сущность метода ЦДК состоит в возможности визуализации всех движущихся жидкостей организма в режиме реального времени и проведении анализа их движения, а также исследование кровотока в сосудах органа и ткани.

Цель исследования

Изучить влияние эмболизации маточных артерий на параметры ЦДК и УЗИ у пациенток с миомой матки до и после ЭМА в репродуктивном периоде.

Материал и методы

В основу исследования положен анализ результатов УЗИ и ЦДК у 80 пациенток репродуктивного периода, госпитализированных в стационар по поводу миомы матки. Всем пациенткам была проведена ЭМА. Возраст пациенток колебался от 26 до 45 лет (средний возраст 39,5±1,2).

Комплексное ультразвуковое исследование проводили на аппарате «LogiQ-3» с трансвагинальным датчиком с частотой 6 МГц с функцией цветового доплеровского картирования и импульсноволновой доплерометрией. При эхографии оценивали размеры матки, наличие миоматозных узлов и их локализацию, структуру миометрия, а также срединное маточное эха (М-эха). Допплеровский анализ включал определение ха-