

стирован 1 случай несостоятельности рубца на матке в родах, и роды закончили путем операции кесарева сечения. Интраоперационно отмечено истончение стенки матки в области рубца до 1 мм и пролабирование плодного пузыря. Во второй группе беременность наступила у 59 пациенток (62,1%), из них у 18 (30,5%) беременность протекала на фоне угрозы прерывания, у 2 (3,4%) беременность закончилась самопроизвольным выкидышем, у 39 (66,1%) — физиологическая беременность. В 15,3% — кесарево сечение по показаниям со стороны плода.

## Заключение

Таким образом, хорошие результаты лапароскопической миомэктомии зависят от размера и локализации узлов. На наш взгляд, интрамурально-субсерозная локализация в сочетании с большими размерами миоматозных узлов (более 100 мм) должны удаляться из лапаротомного доступа с точки зрения функциональной состоятельности рубца на матке во время беременности и в родах. Рану на матке необходимо ушивать, а не коагулировать. С целью профилактики спаечного процесса целесообразно использовать Interceed в зоне швов на матке.

## ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ЭМБОЛИЗАЦИЮ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ И ГИСТЕРЭКТОМИЮ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

© Ю. Э. Доброхотова, И. И. Гришин, Н. А. Литвинова, Д. М. Магомедова, Р. Ф. Нуруллин

Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета РГМУ, Москва, Россия

### Актуальность проблемы

Удаление матки в репродуктивном возрасте небезразлично для женского организма. Гистерэктомия, произведенная в молодом возрасте, может привести к развитию состояния, похожего на менопаузальные расстройства, которые наблюдаются на 5,7 года раньше среднестатистического возраста наступления менопаузы у москвичек. Проведенные исследования продемонстрировали небезразличность проведения гистерэктомии для последующего эмоционального статуса женщин. Пациентки, лишаясь матки, довольно часто впадают в депрессивное состояние в связи с утратой «уникально женского» органа. Кроме того, бытует мнение, что удаление матки соответствует кастрации, и оперированные женщины быстро стареют.

У 30–40% отмечаются те или иные сексуальные расстройства. Это связано с тем, что гистерэктомия влияет на все три составляющие копулятивного акта. Нейрогуморальная составляющая изменяется в связи с изменением функции яичников, развитием гипоэстрогении и всеми вытекающими из этого последствиями, меняется гипоталамо-гипофизарная стимуляция. Психическая реакция женщин связана с эмоциональной реакцией на удаление матки, а также неуверенностью в себе в качестве полового партнера после удаления матки, формированием своеобразным комплексом неполноценности. Изменение генитосегментарной составляющей обусловлено нарушением интерорецепцией влагалищных сводов при выделении шейки матки, возможными рубцовыми образованиями в культе, уменьшением длины влагалища.

### Цель исследования

Оценка сексуальной функции у пациенток, перенесших эмболизацию маточных артерий или гистерэктомию в репродуктивном возрасте.

### Материал и методы

Изучение отдаленных результатов оперативного лечения было произведено у пациенток, находившихся на лечении на кафедре акушерства и гинекологии Московского факультета РГМУ на базе ГКБ №1 им. Н. И. Пирогова с 2003 года по 2008 год.

Было обследовано 150 пациенток в возрасте от 26 до 44 лет, средний возраст составил  $38,7 \pm 4,36$ . В исследование были включены пациентки репродуктивного возраста, перенесшие гистерэктомию без придатков по поводу миомы матки и эмболизацию маточных артерий. Яичники оставались интактны в 100% случаев.

В зависимости от объема и давности оперативного вмешательства больные были разделены на следующие группы: I группа — 60 пациенток после эмболизации маточных артерий. Ia группа — 30 пациенток, обследованные через один год после операции. Ib группа — 30 пациенток, обследованные через три года после операции. II группа — 60 пациенток после экстирпации матки без придатков. Pa группа — 30 пациенток, обследованные через один год после операции. Pb — 30 пациенток, обследованные через три года после операции. III группа — 30 женщин репродуктивного возраста находящихся на диспансерном наблюдении по поводу миомы и имеющих показания для оперативного лечения.

## 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 гипоэстрогении. 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