

^{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 планирования 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-

метрия. Эффективность этой процедуры зависит от возраста пациентки, гормонального статуса, наличия патологии матки и яичников, морфологической формы гиперпластического процесса.

Целью нашего исследования является повышение эффективности лечения ГПЭ посредством сочетания гистерорезектоскопической деструкции эндометрия с патогенетически обоснованными операциями: разобщением маточно-яичникового кровотока и резекцией яичников.

Материал и методы. С применением малоинвазивных технологий нами проведено оперативное лечение 103 пациенток с ГПЭ в возрасте от 38 до 57 лет. Отягощенный соматический фон отмечался у 82,5 % больных и имел более высокий уровень, чем средний в популяции. В структуре сопутствующих заболеваний преимущественно встречались гипертоническая болезнь (40,8 %) и ожирение (57,3 %). По данным морфологического исследования соскоба из полости матки атрофия эндометрия имела место у 7 (6,8 %) больных, полипоз эндометрия — у 25 (24,3 %), гиперплазия эндометрия — 71 (68,9 %). Рак эндометрия был выявлен в 1 случае, больная направлена в онкодиспансер. 63 женщинам была выполнена только гистерорезектоскопическая абляция эндометрия (1 группа). У 40 больных (2 группа) деструкция слизистой была дополнена лапароскопической операцией в объеме пересечения маточно-яичниковых сосудов и резекции яичников, из них 2 пациенткам постменопаузального возраста произведена двухсторонняя овариоэктомия.

Результаты исследования. Абляция производилась по следующим показаниям: отказ больной от радикальной операции на матке; неэффектив-

ность предшествующей гормональной терапии; медицинские противопоказания к гормональной терапии у пациенток с отягощенным соматическим анамнезом; медицинские противопоказания к гистерэктомии. Лапароскопический этап выполнялся женщинам позднего репродуктивного возраста с реализовавшей генеративной функцией, не возражающим против стерилизующей операции, пациенткам старшего возраста — при отсутствии противопоказаний. Оценку отдаленных результатов абляции эндометрия проводили через 6–12–18–24 месяцев на основании клинических данных и инструментальных методов обследования, позволяющих выявить наличие остаточного эндометрия (УЗИ, гистероскопия, гистологическое исследование биоптатов регенерировавшего эндометрия). Устранение основных клинических симптомов заболевания (менометрорагии) наблюдалось у 35 женщин (55,6 %) 1 группы и 40 (100 %) — 2 группы. Наступление аменореи имело место у 24 (38,1 %) и 16 (40 %) больных соответственно по группам. Выявление участков эндометрия при динамическом трансвагинальном ультразвуковом сканировании и гистероскопии отмечалось у 25 (39,7 %) и 8 (20 %) женщин соответственно по группам. Рецидивы гиперпластических процессов диагностированы только у 4 пациенток (6,3 %) 1 группы.

Вывод. Таким образом, патогенетически обоснованные оперативные вмешательства создают условия, улучшающие результаты основного этапа операции за счет изменения гемодинамики и устранения локальной гиперэстроидемии, позволяют снизить риск рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия.

Рухляда Н.Н., Левитина Е.И., Фридман Д.Б., Аракелян Б.В.

ГУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМИОЗА НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ, СТРАДАЮЩИМ НЕГРАВИДАРНЫМИ МЕТРОРРАГИЯМИ

Цель исследования: повышение эффективности диагностики аденомиоза на этапе оказания экстренной специализированной медицинской помощи женщинам, страдающим urgentными негравидарными метроррагиями (УНМ).

Материал и методы. Выполнено рандомизированное клиническое исследование, включающее анализ обследования 160 пациенток с urgent-

ными негравидарными метроррагиями за период с 2002 по 2005 гг.

Результаты исследования. Проведена оценка эффективности новых методик (мультифокальной трансцервикальной пункционной биопсии эндометрия, прицельной пункционной биопсии эндометрия под гистероскопическим контролем) в дифференциальной диагностике причин