

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.

Современные консервативные методы их лечения не всегда эффективны и доступны, а в ряде случаев противопоказаны. Наиболее часто встречающейся опухолью женских половых органов является миома матки и наблюдается у 20–25 % женщин репродуктивного возраста.

**Цель исследования.** Проведение анализа эффективности гистероскопических операций, выполняемых в нашем отделении.

**Материал и методы.** В ЦМСЧ № 58 г. Северодвинска наблюдаются работницы предприятий ГРЦАС (Государственный Российский Центр Атомного Судостроения).

**Результаты исследования.** По данным нашего отделения за последние 5 лет, как и в целом по России, в 2 раза отмечен рост больных с НМЦ. В структуре гинекологической заболеваемости НМЦ занимают первое место. Это связано с прогрессивным увеличением доли ГПЭ в репродуктивном возрасте с 39,8 % в 2002 г. до 68,8 % в 2005 г., а в пери- и постменопаузе с 36 % в 2002 г. до 67,2 % — 2005 г. На втором месте в структуре гинекологической заболеваемости доброкачественные опухоли гениталий, из них 79–82 % приходится на миому матки. В связи с этим, в практику отделения в 2002 г. внедрены гистероскопические операции: трансцервикальная электрохирургическая абляция эндометрия (выполнено 46 операций), резектоскопия субмукозных узлов (15 операций) и резектоскопия полипов эндометрия (53 операции), метропластика при внутриматочной перегородке (1 операция) и разделение синехий при синдроме Ашермана (1 операция). Операции выполняются в операционном отделении под СМА или в/в анестезией. Используется отечественная эндовидеоаппаратура. Предоперационная медикаментозная супрессия эндометрия назначается по показаниям. Из всех препаратов наиболее эффективным и доступным для пациенток, на наш взгляд, является бусерелин. После его применения в течение 2–3 месяцев значительно уменьшается толщина эндометрия и размеры субмукозных узлов, в результате существенно сокращается длительность операции и объем кровопотери. Операции выполняются в первую фазу менструального цикла. ГРС подлежат субмукозные узлы 0–I типа по классификации WAMSTEKER, диаметром не более 5 см и полипы эндометрия. В литературе описана двухэтапная техника выполнения ГРС при узлах II типа. В связи с высоким риском ятрогенных осложнений, эта методика в нашем отделении не используется. Показаниями для абляции эндометрия являются: рецидивирующие ГПЭ (в молодом возрасте применяется только у женщин, выполнивших репродуктивную функцию), наличие ГПЭ, при абсолютных противопоказаниях к гормональной терапии. Обязательным условием

является отсутствие данных за злокачественную патологию гениталий, что достигается тщательной предоперационной диагностикой (ГС с РДВ, морфологическим исследованием эндометрия и слизистой цервикального канала, УЗД, МРТ). При абляции эндометрия используются две методики: электрохирургическая эксцизия эндометрия петлевым электродом в режиме монополярного резанья при мощности тока 100 Вт и электродеструкция эндометрия роликовым и шариковым электродами в режиме монополярной коагуляции при мощности тока 50–70 Вт. ГРС субмукозных миом и полипов эндометрия выполняется петлевым электродом в режиме монополярного резанья при мощности тока 100 Вт и активацией электрода от дна матки к области внутреннего зева. При синдроме Ашермана I–II степеней по классификации WAMSTEKER внутриматочные синехии разделяются на этапе диагностической ГС. Заслуживает внимания личный опыт выполнения операции при III–A степени синдрома Ашермана у молодой пациентки 28 лет. ГС разделение синехий производилось в условиях постоянно-проточной жидкостной ГС с использованием 5 % раствора глюкозы и осторожной поэтапной активацией электрода «от себя». Операция выполнялась под лапароскопическим контролем. В ходе неё, по мере разрушения синехий, удалось восстановить проходимость правой маточной трубы, что зафиксировано ассистентом при ЛС. Всего выполнено 116 ГС операций, после которых осложнений не отмечено. Больные выписывались на 3–5 сутки послеоперационного периода. В 4 случаях после абляции эндометрия имел место рецидив ГПЭ: в 2 случаях при сочетании ГПЭ с аденомиозом, в 1 случае — с миомой матки (больным выполнены радикальные операции) и в 1 случае, при сочетании с аномалией развития матки (выполнена повторная абляция, преимущественно в левой части двурогой матки чем достигнута стойкая менопауза). Эффективность абляции эндометрия составила 93,5 %. После резектоскопии полипов эндометрия рецидивов не отмечено. У двух пациенток в возрасте 42 и 43 лет через 1 и 1,5 года после ГРС субмукозных узлов отмечен рост матки за счет множественных интрамуральных узлов (выполнены радикальные гистерэктомии). В настоящее время нами продолжают изучаться отдаленные результаты внутриматочных операций.

**Вывод.** Таким образом, внутриматочная хирургия эффективна, а преимущества её перед традиционными операциями очевидны: малая травматичность, высокая экономичность материальных затрат, минимизация анестезиологического пособия, возможность сохранения органа и восстановления репродуктивной функции в молодом возрасте, улучшение качества жизни в постменопаузе.