

Зайцева Е.Г., Маренин А.Г., Битеев В.Х.

Кировская областная клиническая больница, Центр малоинвазивной хирургии КГКБ №6 «Лепсе», Кировск, Россия.

## ЛАПАРОСКОПИЯ И ГИСТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

**Актуальность проблемы.** За последние несколько лет достигнуты колоссальные успехи в диагностике и лечении женского бесплодия. Более доступными становятся вспомогательные репродуктивные технологии для семейных пар, не имеющих детей. В Кировской области при населении около 1,5 млн. человек, по данным статистики, около 47 000 семей страдают бесплодием.

**Материал и методы.** В нашем отделении с января 2002-го по декабрь 2004 года с различными показаниями выполнено 232 оперативных вмешательства у пациенток с бесплодием. Возраст пациенток от 21 до 43 лет. На дооперационном этапе пациентки проходили общепринятые методики обследования, в том числе неоднократное ультразвуковое исследование, гормональный профиль, гистеросальпингографию. Длительность бесплодия колебалась от 1 до 20 лет.

**Результаты исследования.** Независимо от выполненных ранее инвазивных методов исследования первичного или вторичного бесплодия, все лапароскопические, диагностические и хирургические манипуляции у пациенток с бесплодием мы считаем оправданным сочетать с гистероскопическим исследованием полости матки. При проведении гистероскопии во время операции выявляется патология эндометрия, не диагностируемая на дооперационном этапе и при ультразвуковом исследовании. Нами выявлена следующая патология эндометрия у

пациенток с бесплодием: хронический эндометрит – 12 случаев (5 %), полипы эндометрия – 32 случая (13,8 %), микрополипы менее 5 мм в области трубных углов – 4 (1,7 %), гиперплазия эндометрия, в том числе и очаговая гиперплазия, – 24 (10 %), синехии в полости матки – 5 (2,17 %), подслизистые миоматозные узлы 3 (1,3 %), аденоматоз эндометрия – 3 (1,3 %), выявленный при гистологическом исследовании прицельно взятого участка эндометрия.

**Выводы.** Таким образом, в 35,7 % случаев выявлена патология эндометрия у пациенток с бесплодием при проведении гистероскопии и лапароскопии. Гистероскопия позволяет не только выявить патологию эндометрия, но и оценить полость матки, соответствие эндометрия фазе менструального цикла, определить наличие окклюзии в области трубных углов, провести интраоперационную катетеризацию труб. При сочетании двух методов исследования у одной пациентки в обязательном порядке вводим антибактериальные препараты внутривенно за 1 – 2 часа до операции или во время операции. Инфекционные осложнения не встречались. Мы считаем такую тактику проведения эндоскопического обследования при бесплодии оправданной, даже при отсутствии ультразвуковых признаков патологии эндометрия, что позволяет сократить сроки обследования женщин с бесплодием, выявить неясную патологию эндометрия, назначить правильный курс терапии.

Попов Э.Н., Ниаури Д.А., Волков Н.Н., Джемлиханова Л.Х.

НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН; СПбГУ, кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета, Санкт-Петербург, Россия

## РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ХИРУРГИИ ПО ПОВОДУ МИОМЫ МАТКИ

**Актуальность.** Современные хирургические методики позволяют проводить органосохраняющие операции у женщин с субмукозной миомой матки с использованием гистерорезектоскопии. У пациенток с размерами субмукозного узла до 4 см, относящегося к 0 и I типу локализации по классификации Европейской ассоциации гистероскопистов, узел может быть удален полностью методом электрохирургической фрагментации. При II типе локализации и размерах узла более 4 см предоперационная подготовка агонистами гонадотропин-рилизинг гормона позволяет уменьшить размеры узла на 20 – 25 %, однако интрамуральная часть узла по-прежнему остается недоступной электрохирур-

гической фрагментации и исключает планирование беременности. В связи с этим встал вопрос о комбинированном использовании электрохирургии и лазерной энергии для удаления субмукозных узлов II типа, размерами более 4 см.

**Материал и методы.** Операция выполнена у 34 женщин репродуктивного возраста с субмукозной формой миомы матки при II типе локализации узла. Из них более 50 % (18 пациенток) предъявляли жалобы на бесплодие и 97 % (33 пациентки) на гиперполименорею, сопровождающуюся анемизацией, диаметр миоматозных узлов колебался от 4,5 до 6 см и в среднем составил  $5,7 \pm 0,71$  см. Диагноз миомы матки и тип локализации миоматозного узла

был верифицирован по данным диагностической гистероскопии. В качестве предоперационной подготовки использовались агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (золадекс) в течение 2-х месяцев. Предложенная техника операции состояла в первичной электрохирургической фрагментации субмукозной части узла петлей резектоскопа фирмы «K.Storz», и мультифокальном лазерном миоллизе оставшейся интерстициальной части узла волоконным лазерным световодом диодного лазера фирмы «Алком-Медика». Введение световода по всей площади интрамуральной части узла с интервалом 10 мм на глубину 5 – 10 мм с мощностью 20 – 25 Вт, позволяет добиваться вапоризации значительной массы узла и индуцирует некробиотические процессы в остающейся ткани. Операции выполнялись в условиях эндотрахеального наркоза, средняя продолжительность операции составила  $50 \pm 12,74$  минут, кровопотеря не превысила 50 мл. Эффективность воздействия лазерной энергии оценивалась по изменению объема ткани интрамуральной части узла не-

посредственно во время хирургического вмешательства и при ультразвуковом мониторинге в течение 4 – 6 месяцев послеоперационного периода.

**Результаты.** По завершении периода наблюдения при контрольной гистероскопии было обнаружено, что у 15 больных произошло выдавливание в просвет полости матки оставшейся части узла, с формированием узла 0 типа локализации диаметром в среднем  $1,5 \pm 0,51$  см, узлы были удалены петлей резектоскопа. У остальных 19 женщин использование лазерной энергии позволило добиться полного миоллиза интрамуральной части узлов. У 33 пациенток (97 %) восстановился овуляторный менструальный цикл. У 18 женщин наступила спонтанная беременность и у 4 женщин беременность наступила в результате экстракорпорального оплодотворения. Беременность у всех женщин протекала без осложнений. Роды через естественные родовые пути произошли у 16 пациенток, 6 беременным были родоразрешены путем операции кесарева сечения по совокупности медицинских показаний.

**Попов А.А., Мазурская Н.М., Мананникова Т.Н., Чаусова Н.А., Земсков Ю.В.**

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии  
МЗиСР РФ, Россия

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ И ТЕРМОАБЛАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ

**Актуальность проблемы.** Традиционная тактика лечения больных с гиперплазией слизистой тела матки предусматривает проведение гормональной терапии в течение трех месяцев с последующим гистологическим исследованием полного соскоба слизистой, а при отсутствии клинического и/или морфологического эффекта консервативного лечения – хирургическое вмешательство. Гистероскопия, первоначально предложенная как диагностический метод, в настоящее время превратилась в оптимальный хирургический метод лечения внутриматочной патологии. Долгое время трансцервикальные эндоскопические операции были представлены малыми инструментальными вмешательствами (извлечение контрацептивов и их фрагментов, разделение синехий, прицельное взятие биоптата и манипуляций на устьях маточных труб). Возникшие при этом проблемы интраоперационного кровотечения и расширения полости матки ограничивали дальнейшее развитие внутриматочной хирургии. Внедрение в практику эндохирургии матки постоянно-проточной жидкостной гистероскопии, электрорезектоскопов и лазеров значительно расширило возможности метода.

**Цель исследования:** В клинике эндоскопической хирургии изучили изменения показателей центральной гемодинамики у гинекологических боль-

ных с гиперпластическими процессами эндометрия во время термоабляции и гистерорезектоскопии для выбора минимально травматичного вида трансцервикального хирургического метода лечения.

**Материал и методы.** Изучались показатели центральной гемодинамики: ударный объем (УО), минутный объем (МО), среднее динамическое давление (СДД), общее периферическое сопротивление (ОПС), работа левого желудочка, фракция сердечного выброса (ФВ), индекс сократимости миокарда ( $\Delta S\%$ ). Исследования проводились методом эхокардиографии с помощью ультразвукового сканера «Алока-500» (Япония). Группы были сопоставимы по возрасту, гинекологической и экстрагенитальной патологии. Применялась внутривенная анестезия тиопенталом и кетамин. Исследования проводились на четырех этапах: исходные данные (1-й этап), максимум анестезии и начало гистероскопии (2-й этап), травматичный момент гистероскопии – гистерорезектоскопия или термоабляция (3-й этап), окончание гистероскопии (4-й этап).

**Результаты исследования.** Проведенные исследования позволили отметить более благоприятные изменения гемодинамики во время термоабляции по сравнению с гистерорезектоскопией. Непосредственно во время термоабляции показатели гемодинамики не были нарушены: наблюдалась нор-