

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 кетаминном. 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-

мальная величина ударного и минутного объемов сердца, нормальная величина ОПС или умеренное его повышение (на 12 %), артериальное давление во время термоабляции было в пределах нормы (не выше 120/70 мм рт.ст.), по окончании гистероскопии показатели не были нарушены. Во время гистерорезектоскопии наблюдалось более выраженное повышение ОПС – на 40 % по сравнению с исход-

ными данными (и нормой) и снижение ударного и минутного объемов сердца, что свидетельствовало о более выраженном спазме периферических сосудов, сохраняющемся и по окончании гистероскопии. У больных с исходной артериальной гипертензией во время термоабляции показатели артериального давления были нормальными, исходно повышенное ОПС находилось в нормальных пределах.

Шуршалина А.В., Корнеева И.Е., Феоктистов А.А.

ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ

Гистероскопия занимает одно из ведущих мест среди современных методов диагностики в гинекологической практике. Визуализация полости матки позволяет выявить большой спектр внутриматочной патологии, оценить распространенность патологического процесса, а также производить удаление измененной ткани под гистероскопическим контролем.

Цель исследования: оценить диагностическую значимость гистероскопии при хроническом эндометрите.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ историй болезни женщин, поступивших в гинекологические отделения НЦ АГ и П РАМН с января 1994 г. по декабрь 2003 г.

Результаты. Всего у 842 пациенток с хроническим эндометритом было произведено 780 гистероскопий с последующим гистологическим исследованием соскоба эндометрия, подтвердившим диагноз. Гистероскопия по макроскопическим признакам позволила точно идентифицировать хронический эндометрит только в 32,9 %. Наиболее частыми признаками воспалительного процесса в эндометрии являлись: неравномерная толщина эндометрия – 31 %, неравномерная окраска – 22 %, полиповидные нарастания – 31,2 %, гиперемия слизистой оболочки – 12,8 %, точечные кровоизлияния – 8 %, очаговая гипертрофия слизистой оболочки – 8 %.

Внутриматочные синехии были выявлены в 12 % случаев, аденомиоз в 5,5 %, ВМС в 3,5 %, остатки костной ткани в 0,6 %, послеоперационные лигатуры в 0,38 %, пороки развития матки в 2 %, полипы цервикального канала в 1,8 %. Полипы эндометрия были диагностированы при гистероскопии в 31,2 % случаев, а гистологически подтверждены только в 15,5 % случаев. Гистероскопия при хроническом эндометрите не была информативна в 23,3 % случаях, когда никаких патологических изменений в эндометрии выявлено не было и состояние слизистой оболочки матки расценивалось как норма. В остальных 43,8 % случаев при визуализации полости матки были выявлены различные патологические изменения (полипы эндометрия, гиперплазия эндометрия, внутриматочные синехии), при этом признаков хронического эндометрита выявлено не было.

Заключение. Трудности гистероскопической интерпретации данных связаны с отсутствием типичных макроскопических признаков хронического эндометрита, с очаговым характером воспалительного процесса и стертыми формами заболевания. При подозрении на хронический эндометрит гистероскопия важна для исключения всего спектра внутриматочной патологии, но для верификации диагноза во всех случаях необходимо проведение гистологического исследования эндометрия.