

кам, было отмечено улучшение сексуальной функции у женщин, живущих половой жизнью: PISQ-12 23,3/16,7 ( $p < 0,05$ ), FSFI 17,2/22,9 ( $p = 0,05$ ). До операции отмечались следующие симптомы: ощущение инородного тела во влагалище — 92%, тазовая боль — 21%, диспареуния — 28%, обструктивное мочеиспускание — 32%, urgentное недержание мочи — 42%, стрессовое недержание мочи — 11%. После операции зарегистрировано значительное улучшение по следующим показателям: ощущение инородного тела во влагалище — 3%, стрессовое недержание мочи — 2,5%; отсутствие жалоб на тазовые боли, диспареунию, обструктивное мочеиспускание, urgentное мочеиспускание. Следует отметить высокую частоту жалоб *de novo*: учащенное мочеиспускание — 10% (самостоятельно купировалось через 4—6 мес после операции у большинства больных) и стрессовое недержание мочи — 5% (в 3% случаев это потребовало slingовой операции).

До операции 6% пациенток без органического поражения прямой кишки имели обструктивную дефекацию, из них в 4% случаев диагностировались явления диссинергической дефекации (I и III типа). После операции отмечалась тенденция к улучшению функционального состояния тазового дна в виде отсутствия диссинергической дефекации либо переходе ее из I типа в III тип (1%). У 2% пациенток до операции возникали явле-

ния анальной инконтиненции функционального генеза (без органических повреждений сфинктера), в послеоперационном периоде данные жалобы не отмечались. Наблюдалось значительное улучшение анатомических результатов после операции по сравнению с исходными показателями соответственно: Bp  $0,8 \pm 2,0/-2,5 \pm 0,6$  ( $p < 0,01$ ); Ap  $0,1 \pm 1,9/-2,8 \pm 0,6$  ( $p < 0,01$ ); Gh  $4,6 \pm 0,9 2,5 \pm 0,7$  ( $p < 0,01$ ); Pb  $1,8 \pm 0,7/2,2 \pm 0,63$  ( $p = 0,06$ ); Tv1  $8,9 \pm 0,9/8,1 \pm 1,2$  ( $p < 0,05$ ); Aa  $1 \pm 2,0/-2,4 \pm 1,2$  ( $p < 0,01$ ); Ba  $1,8 \pm 2,1/-1,8 \pm 1,4$  ( $p < 0,01$ ); C  $3,3 \pm 3,2/-6,4 \pm 2,8$  ( $p < 0,01$ ); D  $1,2 \pm 3,0/-8,1 \pm 1,7$  ( $p < 0,01$ ). Следует отметить, что в 12% случаев отмечалось формирование цистоцеле, которое в 3% случаев являлось симптоматическим и потребовало хирургической коррекции.

В обеих группах (LsandDV) прослеживалось значительное улучшение функциональных исходов и анатомических результатов, в том числе и отдаленных, которые не отличались по группам. SCP устраняла обструктивную дефекацию и анальную инконтиненцию у пациенток с соответствующими жалобами на затруднение опорожнения и недержание кишечного содержимого. Таким образом, SCP идеально подходит для хирургической коррекции апикального и заднего пролапса и не может быть рекомендована для лечения переднего пролапса в соответствии с высоким риском рецидива цистоцеле.

**Попов А.А., Мананникова Т.Н., Алиева А.С., Барто Р.А.**

## **АБЛАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии», г. Москва

*Представлены результаты микроволновой абляции эндометрия по технологии «Microsulis» у 18 больных с гиперпластическими процессами эндометрия. Проанализированы соматическая патология, анамнестические и клинические данные, послеоперационные результаты. Выполнение микроволновой абляции эндометрия является альтернативным методом лечения гиперпластических процессов эндометрия ввиду минимальной инвазивности.*

*In this article presented results of microwave endometrial ablation using «Microsulis» technology in 18 patients with endometrial hyperplasia. Somatic pathology, anamnesis and clinical findings, postoperative results were analyzed. Microwave endometrial ablation is an alternative method of treatment of endometrial hyperplastic processes in view of the minimal invasiveness.*

В структуре гинекологических заболеваний гиперплазия эндометрия встречается примерно у 5% больных, но частота ее значительно возрастает к периоду перименопаузы. Абляция эндометрия, предложенная как альтернатива гистерэктомии у пациенток с патологией эндометрия, особенно показана женщинам с выраженным ожирением, отягощенной экстрагенитальной патологией, пациенткам, которым противопоказано проведение гормональной терапии.

**Цель:** улучшить результаты лечения больных в перименопаузе с гиперпластическими процессами эндометрия за счет применения микроволновой абляции.

В период 2014—2016 гг. в отделении эндоскопической хирургии 18 пациенткам перименопаузального

возраста выполнена абляция эндометрия с использованием системы «Microsulis». Возраст больных — 42—56 лет. Тяжелой соматической патологией страдали 12 (66,7%) женщин, у 5 (27,7%) из которых отмечалось сочетание нескольких заболеваний. Чаще было отмечено: гипертоническая болезнь (8), морбидное ожирение (6), гормонозависимая бронхиальная астма — БА (4), варикозная болезнь (2). У 16 женщин кроме родов отмечены неоднократные медицинские аборт (от 2 до 7). Все женщины в анамнезе имели беременности, которые у 8 пациенток закончились как родами, так и неоднократными медицинскими абортами (от 2 до 7).

Патология эндометрия наиболее часто сочеталась с миомой матки — у 13 (72%) женщин, образовани-

ем придатков в 4 (22%) случаях, с аденомиозом у 13 (72%) пациенток. У 14 (78%) женщин отмечалась менометроррагия, у 2 (11%) были скудные менструации, в одном случае наблюдалась вторичная аменорея с 38 лет. По поводу патологии эндометрия (ГПЭ, полип) всем пациенткам неоднократно проводилось лечебно-диагностическое выскабливание стенок полости матки (2—10 раз). 13 (72%) женщин получали гормональную терапию, причем 9 (50%) из них неоднократно. Четыре пациентки отказались от лечения гормональными препаратами. Одной пациентке ГТ была противопоказана в связи с ТЭЛА в анамнезе.

Всем пациенткам под внутривенным наркозом проводилась гистероскопия с последующим раздельным выскабливанием стенок полости матки и цервикального канала, после чего осуществлялась абляция. Общая длительность процедуры составила в среднем 17 мин. Интраоперационных и связанных с экстрагенитальной патологией осложнений не отмечено ни в одном случае. В послеоперационном периоде болевые ощущения купировались применением НПВС, лишь в одном случае (5,5%) потребовалось применение наркотического анальгетика. Выписка больных из стационара осуществлялась на первые сутки после операции. В течение

26—30 дней пациентки отмечали незначительные выделения из половых путей серозного характера.

Через 6 мес после абляции эндометрия у 4 (22%) женщин возобновились менструации по типу опсоме-нореи, в 14 (77%) случаях сохранялась маточная форма аменореи, что мы расцениваем как положительный эффект лечения.

В послеоперационном периоде проводилось УЗИ через 14 дней, 3 и 6 мес, 1 год. Через 14 дней после вмешательства УЗ-картина представлена расширенной полостью матки, заполненной неоднородным содержимым за счет экссудативного послеоперационного процесса. Через 3 мес при УЗИ полость матки была сомкнута, наблюдалось линейное М-эхо. У одной больной отмечен рецидив заболевания через 6 мес (по данным УЗИ), в связи с чем выполнено оперативное лечение в объеме гистерэктомии лапароскопическим доступом.

Таким образом, микроволновая абляция эндометрия по технологии «Microsulis» является альтернативным методом лечения гиперпластических процессов эндометрия ввиду минимальной инвазивности. Данный метод лечения можно рекомендовать больным с отягощенной экстрагенитальной патологией и имеющимся противопоказаниями к гормональной терапии.

**Попов А.А., Мананникова Т.Н., Федоров А.А., Логинова Е.А., Головин А.А.,  
Лысенко С.Н., Будыкина Т.С., Коваль А.А.**

## **ИСХОДЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии»  
(отделение эндоскопической хирургии), г. Москва

*Представлены результаты лапароскопической гистерэктомии у 100 больных с морбидным ожирением (ИМТ > 35 кг/м<sup>2</sup>). Проанализированы соматическая патология, объем и длительность оперативного лечения и анестезиологического пособия, частота осложнений, заключительный морфологический диагноз. Выполнение гистерэктомии у пациенток с морбидным ожирением лапароскопическим доступом при наличии достаточного опыта хирурга и оснащения операционной является более предпочтительным ввиду небольшого количества осложнений, малой травматичности и быстрой реабилитации.*

*This article presents our results of laparoscopic hysterectomy among 100 morbid obese patients (BMI > 35 kg/m<sup>2</sup>). Incidence of somatic disorders, operative time and anesthesia, complications rate, accuracy of final histological diagnosis were analyzed. We believe that laparoscopic approach for hysterectomy is preferable in experienced hands and in well equipped OR due to low complication rate, less traumatism and fast recovery.*

Гистерэктомия является наиболее распространенной операцией в гинекологии. С каждым годом количество заболеваний, приводящих к экстирпации матки, увеличивается, что в определенной степени связано с ростом соматической патологии, вызывающей нарушение функции репродуктивной системы. К таким заболеваниям относится ожирение, при этом в России распространенность данной патологии составляет 28,5%. Длительное время ожирение рассматривалось как противопоказание для проведения операций повышенной сложности лапароскопическим доступом, однако эта проблема пересматривается ввиду широ-

кого развития эндоскопических технологий. Целью настоящей работы являлось изучение результатов лапароскопической экстирпации матки в лечении заболеваний внутренних половых органов у больных с морбидным ожирением.

За период 2012—2015 гг. 100 женщинам с морбидным ожирением выполнено оперативное лечение в объеме гистерэктомии. В 98% случаев осуществлен лапароскопический доступ, в одном — лапароскопически-ассистированная влагалищная операция и в одном — лапароконверсия. Супрацервикальная гистерэктомия произведена в 8% наблюдений, удаление придатков в