

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

89% и маточных труб в 6%. Mesh-коррекция пролапса гениталий и стрессового недержания мочи сочеталась с экстирпацией матки в 3 и 2% случаев соответственно, с герниопластикой пупочной грыжи в 5%. Средний возраст больных составил  $57 \pm 8,1$  года. Средний ИМТ составлял  $46,45 \pm 8,2$  (от 35,64 до 73,2 кг/м<sup>2</sup>), при этом у 12 больных ИМТ более 60 кг/м<sup>2</sup>. Показаниями к оперативному лечению являлись: рак эндометрия (30%), атипичная гиперплазия эндометрия и аденоматоз (17%), симптомная миома матки (15%), сочетание патологии эндометрия, тела матки и придатков (24%). У всех больных морбидное ожирение сочеталось с тяжелыми соматическими заболеваниями, преимущественно сердечно-сосудистой (гипертоническая болезнь, ИБС, нарушения ритма), венозной (ХВН, варикозная болезнь) и эндокринной систем (сахарный диабет). Длительность операции составила  $75 \pm 39,35$  мин, длительность ЭТН —  $90 \pm 40,6$  мин, кровопотеря  $100 \pm 62,2$  мл. Пребывание в стационаре —  $4,0 \pm 0,85$  койко-дня. По результатам хирургического лечения у 41% больных диагностирован рак тела матки, у 32% множественная миома матки, у 24% кисты яичников. Реже наблюдались гиперпластические процессы эндометрия без атипии (18%), атипичная гиперплазия и аденоматоз (8%). Среди кист яичников преобладали доброкачественные новообразования, такие как эндометриоидные (25%), серозные цистаденофибромы (25%), простые кисты и

тератомы (12,5%). Двум (8,4%) больным поставлен диагноз карциномы яичника. У больных с раком тела матки преобладали эндометриоидный морфологический тип (95%), высококодифференцированные (56,4%) и неинвазивные или малоинвазивные опухоли (75,6%). Частота осложнений составила 12%. Из интраоперационных осложнений отмечены ранения полых органов (прямой кишки, тонкой кишки, мочевого пузыря,  $n = 3$ ), которые были связаны с наличием выраженного спаечного процесса в полости малого таза и брюшной полости. Среди послеоперационных осложнений преобладали гнойно-септические ( $n = 5$ ). Также необходимо отметить в двух случаях формирование стриктуры мочеоточника (купированы после их стентирования), в одном — гематому купола влагалища (повторная госпитализация, консервативная терапия). У одной больной выполнена лапароконверсия, которую мы не относим в группу осложнений, поскольку она была связана с неудачной попыткой открытой лапароскопии у пациентки с осложненным хирургическим анамнезом и наличием вентральной грыжи больших размеров.

Мы полагаем, что лапароскопический доступ для выполнения гистерэктомии у пациенток с морбидным ожирением при наличии достаточного опыта хирурга и оснащения операционной является более предпочтительным ввиду небольшого количества осложнений, малой травматичности и быстрой реабилитации.

**Райкова А.А.**

## **ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

ГБОУ ВПО «Первый московский государственный университет им. И.М. Сеченова», г. Москва

*Ожирение — одно из самых распространенных хронических заболеваний в мире. В последние годы накоплено большое количество данных о влиянии ожирения на менструальный цикл. В основе нарушений функций гипофизарно-гонадной системы у женщин с ожирением лежит изменение центральных механизмов регуляции функции яичников, коры надпочечников, а также метаболизма половых стероидов в периферических тканях. Доказано, что снижение массы тела способствует нормализации цикла.*

*Obesity is one of the most common chronic diseases in the world. In recent years accumulated a large amount of data on the impact of obesity on the menstrual cycle. At the base of disorders of the pituitary — gonadal axis in women with changes in obesity are the central regulatory mechanisms function of ovary, adrenal cortex and changes in the metabolism of sex steroids in peripheral tissues. Weight loss helps to normalize cycle.*

За последнее десятилетие ожирение превратилось в серьезную медико-социальную проблему. По данным Всемирной организации здравоохранения, в современном мире примерно 1,5 млрд взрослого населения страдают избыточным весом, в России около 50% населения имеют избыточную массу тела, 30% — ожирение. Его распространенность настолько велика, что ученые говорят о новой эпидемии XXI века. Особое влияние ожирение оказывает на здоровье женщин репродуктивного возраста. Висцеральное ожирение является независимым предиктором нарушений менструального цикла у женщин с избыточной массой тела. Результаты

классических исследований показывают, что у женщин с ожирением различные нарушения менструального цикла встречаются в 4 раза чаще, чем у женщин с нормальной массой тела. Следует отметить, что нарушения менструального цикла составляют 15—20% в структуре гинекологической заболеваемости у женщин репродуктивного возраста, что, безусловно, делает эту проблему особо актуальной.

Целью работы стало выявление взаимосвязи между ожирением и менструальной дисфункцией у женщин репродуктивного возраста, а именно освещение наиболее значимых патогенетических аспектов развития