

Гинекологическое отделение Ярославской Областной клинической больницы является подразделением консультации «Брак и семья».

Под руководством заведующего консультацией Анатолия Николаевича Аксентьева благодаря многолетнему труду заведующих Ирины Анатольевны Дузь, Максима Викторовича Мозгота, врачей Галины Леонтьевны Соколик, Ольги Юрьевны Якушевой, Марины Геннадьевны Стели, Ирины Валентиновны Монаховой, Андрея Дмитриевича Брянцева, Александра Михайловича Кабешова, Натальи Львовны Веденеевой, Юлии Владимировны Корнийчук, Елены Ивановны Аркановой, средних и младших медицинских работников гинекологическое отделение ЯОКБ превратилось в ведущее профильное медицинское подразделение Ярославской области.

Оснащение современным эндоскопическим оборудованием позволило апробировать большинство известных в мире хирургических методов диагностики и лечения женского бесплодия.

И хотя наша главная цель – восстановление женской репродуктивной функции – осталась неизменной, коллектив отделения в настоящее время способен оказать плановую и экстренную помощь практически при всех гинекологических заболеваниях, включая онкогинекологическую, урогинекологическую и проктогинекологическую патологии. Многие новые гинекологические

Гинекологическое отделение

оперативные вмешательства, проведенные в Ярославской областной клинической больнице, стали первыми, и нередко остаются единственными для Ярославля и ближних регионов.

Внедрение новых методов и операций нашло свое отражение в научной работе врачей, имеющих публикации, в том числе и в зарубежной печати. Налажены контакты с зарубежными специалистами, врачи отделения ежегодно принимают участие в Конгрессе Европейского общества гинекологов-эндоскопистов.

В 2000 году в ЯОКБ создана база кафедры акушерства и гинекологии Ярославской Государственной медицинской академии. Кроме обучения студентов, интернов и ординаторов, проводится подготовка практических врачей по гинекологической эндоскопии. Большинство ярославских гинекологов-эндоскопистов – наши ученики.

Учебный процесс обеспечен возможностью прямой видеотрансляции, благодаря чему заведующий отделением может помогать коллегам советом, при необходимости корректировать ход операции, а начинающие и будущие врачи имеют возмож-



ность обучаться оперативной гинекологии, находясь за пределами операционной.

Кроме этого, коллектив отделения первым в Ярославской области накопил 5-летний опыт работы с профессиональной компьютерной сетевой программой по ведению медицинской документации, которая освободила врачей от рутинного написания историй болезни, обеспечила оперативность статистики и отчетности, архивации данных обследования и лечения, включая видео- и фотодокументацию.

Регулярный текущий и капитальный ремонт позволяет поддерживать достойные условия пребывания для пациентов и работы сотрудников.

Коллектив гинекологического отделения уверен: и в будущем радость от нашего творческого труда будет умножена искренними словами благодарности и уважения женщин, которые обретут здоровье и счастье материнства.

Заведующий гинекологическим отделением ЯОКБ, врач высшей категории, кандидат медицинских наук, Член Европейского Общества Гинекологической Эндоскопии (ESGE), Лауреат Губернаторской Премии в области здравоохранения 2005 года
А. В. Огурцов

В гинекологическом отделении в настоящее время применяются все известные на сегодняшний день методы оперативного лечения гинекологических заболеваний. Операционная оснащена современным оборудованием лучших мировых производителей, что позволяет использовать эндоскопическую технику для выполнения оперативных вмешательств всех категорий сложности из трех доступов: лапароскопического, гистероскопического и кульдоскопического.

Остановимся подробнее на каждом из них.

Лапароскопические операции

Лапароскопия – осмотр брюшной полости через проколы передней брюшной стенки. Это лучше всего объяснить путем сравнения с традиционной хирургией. При выполнении открытого хирургического вмешательства хирургу необходимо производить разрез, обеспечивающий доступ к органам, на которых выполняется операция. До недавнего времени разрез покровных тканей тела был единственным способом, позволяющим хирургу осуществить операцию. Лапароскопический доступ исключает необходимость делать большие разрезы. Вместо этого хирург может увидеть органы внутри брюшной полости с помощью лапароскопа – тонкого инструмента, напоминающего телескоп. Лапароскоп вводится в брюшную полость по специальной трубке (троакару), с помощью которой предварительно делается прокол брюшной стенки. Для этого необходим кожный надрез длиной всего 5–10 мм. К лапароскопу подключается видекамера и источник света, что позволяет передавать изображение теле-

Эндоскопия в гинекологии

скоп на видеомонитор, поэтому хирург может выполнять операцию, глядя на экран монитора. Для лапароскопических операций используются специальные инструменты, которые вводятся по таким же троакарам через отдельные проколы.

Лапароскопия в комбинации с видеоэндоскопическим оборудованием изменила облик классической хирургии, позволив врачу оперировать и проводить диагностику, не оставляя традиционных швов и рубцов на теле пациента. Сегодня до 80% всех полостных гинекологических операций можно выполнять лапароскопическим доступом. Данная технология открыла новую эру в диагностике и лечении бесплодия, позволив добиться существенного улучшения результатов.

Гистероскопические операции

Гистероскопия – осмотр стенок полости матки при помощи оптики. Этот доступ применяется для диагностики и лечения внутриматочных заболеваний. Под контролем гистероскопа возможно выявить и удалить полипы слизистой оболочки матки (эндометрия), подслизистые узлы миомы, внутриматочные сращения, перегородки матки. Особое значение имеет



гистероскопия в выявлении различных видов патологии эндометрия. Только визуальный контроль позволяет удалить из матки всю патологически измененную слизистую, что чрезвычайно важно, так как оставшаяся ткань в последующем может спровоцировать рецидив заболевания. Ряд операций, осуществляемых при помощи гистероскопа, например, при подслизистой миоме матки, позволяет избежать

традиционной (разрез передней брюшной стенки) или лапароскопической операции, а нередко и удаления матки.

Кульдоскопические операции

Кульдоскопия – осмотр позаднебрюшного пространства малого таза при помощи оптики путем прокола только задней стенки влагалища. Этот доступ применяется в нашем отделении преимущественно после

предшествующей лапароскопической операции на маточных трубах с целью контроля их проходности. С его помощью врач может под увеличением осмотреть яичники и маточные трубы, проверить их проходимость, а, следовательно, определить тактику дальнейшего лечения.

Преимущества эндоскопической хирургии очевидны:

- высокие диагностические возможности;
- позволяет избежать большой и травмирующей открытой операции – чревосечения;
- пациенты испытывают гораздо меньшую боль после операции, что может избавить от необходимости назначения обезболивающих препаратов;
- значительно уменьшается пребывание в стационаре (обычно 1–2 дня);
- отсутствуют послеоперационные рубцы и шрамы;
- значительно снижается образование спаек в брюшной полости после операции;
- сокращается реабилитационный период.

Врачи нашего отделения имеют самый большой опыт лапароскопических вмешательств в Ярославле и области. Здесь выполняются эндоскопические вмешательства по поводу опухолей и кист яичников; миомы матки, в том числе больших размеров, с сохранением и удалением (гистерэктомия) матки; всех форм генитального эндометриоза; спаечного процесса малого таза и брюшной полости; уро- и онкогинекологических операций. При этом предпочтение отдается органосохраняющим операциям, что имеет большое значение для женщин детородного возраста, планирующих в будущем рождение ребенка. Главное направление нашей работы – хи-

Эндоскопия в гинекологии

Хирургическое лечение различных форм женского бесплодия (разделение спаек, пластические операции на маточных трубах и др.). Решение этих хирургических задач, например, выявление и устранение генитального эндометриоза, невозможно без применения лапароскопии.

На примере нашего отделения становится очевидным, что спектр выполняемых на сегодняшний день эндоскопических операций охватывает практически всю хирургическую патологию в рамках общей гинекологии, частично урогинекологии и онкогинекологии. Ограничивающими факторами являются только степень подготовки хирурга и оснащённости операционной. Напротив, количество противопоказаний для данного вида лечения постоянно снижается. За последнее десятилетие оперативная лапароскопия совершила настоящую революцию в хирургии. Эта революция уже завершилась, поскольку сформировано новое поколение специалистов: гинекологов-эндоскопистов, количество которых превышает число врачей, владеющих только традиционным полостным доступом. Можно с полным основанием утверждать, что степень освоения и внедрения эндоскопической техники является критерием качества предоставляемых медицинских услуг. Из этого необходимо исходить при выборе гинекологического стационара.

Зав. гинекологическим отделением
А. В. Огурцов

Причины и лечение бесплодия

Бесплодие – отсутствие беременности в течение года у супругов, живущих регулярной половой жизнью без применения средств контрацепции.

Частота бесплодия в браке составляет около 15%. Причины бесплодия много, они могут быть обусловлены факторами как со стороны мужчины (в 40% случаев), так и со стороны женщины (в 60% случаев), оба фактора – «мужской» и «женский» – могут сочетаться. Для проведения обследования женщины в случае бесплодия сначала следует получить результаты обследования супруга (спермограмма). У здорового мужчины в 1 мл спермы содержится более 20 млн сперматозоидов, 50–70% которых имеют активную подвижность. При наличии патологических изменений в спермограмме необходимо направить супруга на дополнительное обследование и лечение к специалисту – андрологу.

У женщин отмечают первичное бесплодие – при отсутствии беременностей в анамнезе, вторичное бесплодие – когда беременности были ранее и не наступают в течение последних 12 мес. и более.

Причины женского бесплодия:

- спаянный процесс малого таза с нарушением проходимости маточных труб, внутриматочные синехии, возникающие, как правило, вследствие перенесенных воспалительных процессов матки и придатков; после хирургических вмешательств на орга-



нах брюшной полости и малого таза; часто после искусственных абортов.

- Нарушение гормональной функции яичников, в частности процессов овуляции, что может быть связано с нарушением гормональной функции некоторых других эндокринных желез (аденогипофиза, щитовидной железы, надпочечников).
- Эндометриоз.
- Миома матки (редко).
- Аномалии развития половых органов.
- Необъяснимое бесплодие (составляет 10%).

Обследование женщин с бесплодием и принципы лечения.

План обследования намечается индивидуально для каждой пациентки в соответствии с жалобами, результатами гинекологического обследования и предполагаемой причиной бесплодия.

1. При дисфункции яичников показано измерение базальной температуры, исследование гормонального профиля, ультразвуковое исследование яичников (фолликулометрия). В некоторых случаях необходимо исключение заболевания гипофиза, патологии надпочечников и щитовидной железы. Лечение

назначается с учетом выявленных отклонений. Проводится коррекция гормонального фона. При неэффективности консервативных методов лечения в некоторых случаях показано хирургическое лечение.

2. С помощью гистеросальпингографии исследуется проходимость маточных труб, выявляются некоторые аномалии развития внутренних половых органов, внутриматочная патология. По показаниям проводится лечебно-диагностическая лапароскопия и гистероскопия.

3. При подозрении на эндометриоз и миому матки первым этапом, как правило, показано хирургическое лечение, в дальнейшем решается вопрос о втором этапе лечения – гормонотерапии.

Среди хирургических методов лечения в настоящее время широко применяются лапароскопия и гистероскопия.

В отсутствие эффекта от консервативного и хирургического лечения супружеской паре может быть предложено искусственное осеменение или экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО).

Искусственное осеменение заключается во введении спермы мужа или донора в половые пути женщины с целью наступления беременности.

ЭКО – это оплодотворение яйцеклетки вне организма женщины и последующий перенос развивающихся эмбрионов в полость матки женщины.

Врач-акушер-гинеколог
I категории
Н. Л. Веденева

Заболевания, передающиеся половым путем

К таковым относятся:

Хламидиоз – бактериальная инфекция. Хламидии имеют сложный жизненный цикл, часто переходят в скрытую форму инфекции. Острый хламидиоз вызывает цервицит, эндометрит, сальпингоофорит (воспалительные заболевания).

Микоплазмоз – заболевание, вызванное бактерией. Как правило не проявляет себя при отсутствии других инфекций. Сочетается с хламидиозом, герпесом, ЦМВ, гонореей.

Цитомегаловирусная инфекция – вызывается вирусом семейства герпесвирусов. Передается половым путем. В случае заражения во время беременности: может вызвать развитие пороков развития плода и патологии беременности. Чаще имеет место скрытое и хроническое течение, чаще бессимптомное.

Папилломавирусная инфекция – вызывает поражение кожи (остроконечные кондиломы) и слизистой влагалища и шейки матки (плоские кондиломы). Кожные поражения легко диагностируются порой самим пациентом или врачом. Поражения слизистой требуют диагностики: осмотр под микроскопом с окраской, ПЦР. Существуют высокоонкогенные типы вируса, т.е. с высоким риском развития рака шейки матки. В случае обнаружения такого типа вируса требуется активное лечение: лазеркоагуляция шейки матки, биопсия, иммуномодулирующая терапия.

Герпес – вирусная инфекция с преимущественным поражением слизистых оболочек и кожи. Риск: раннее начало половой жизни, частая смена партнеров, снижение иммунитета. Возможно скрытое носительство, вирус существует длительное время и не поддается окончательному излечению. Возможно внутриутробное инфицирование, чаще при первичном заражении во время беременности, особенно в родах при наличии высыпаний на половых губах.

Токсоплазмоз – его вызывает токсоплазма, природным резервуаром и источником являются кошки, собаки. Люди могут заболеть и половым путем. Клиника: лимфаденит, гриппоподобное состояние, изменение анализа крови, но чаще бессимптомно. У плода – пороки развития, патология беременности (угроза выкидыша, преждевременные роды, маловодие, многоводие, преждевременный разрыв околоплодных оболочек).

Трихомониаз – заболевание, вызываемое трихомонадой. Заражение происходит только половым путем. Часто трихомонада сосуществует с хламидиями, гонококком, герпесом и другими бактериями и вирусами. Для заболевания характерны зуд, жжение, обильные бели, неприятные ощущения при мочеиспускании. Диагностика: исследование нативных и окрашенных мазков, ПЦР-диагностика выделений. Лечение: совместное половых партнеров, запрещение половой жизни на время лечения, местные и пероральные противотрихомонадные препараты.

Врач-акушер-гинеколог
Ю. В. Корнийчук

Воспалительные заболевания женских половых органов

В настоящее время многие женщины обращаются за медицинской помощью в связи с воспалительными заболеваниями нижнего отдела женских половых органов – влагалища, шейки матки. Реже встречаются восходящие инфекционные процессы – воспаление маточных труб, яичников, придатков матки, брюшины, покрывающей матку и придатки.

Возбудителями воспалительных заболеваний женских половых органов являются стафилококки, кишечная палочка, гарднерелла, грибковая флора, хламидии, вирусы, трихомонады, гонококки. В основном эти инфекции передаются половым путем от инфицированного больного, они относятся к заболеваниям, передающимся половым путем. В частности, перенос инфекции происходит с помощью сперматозоидов и трихомонад, к которым прикрепляются бактерии, хламидии, вирусы. К одному сперматозоиду могут прикрепиться до 40 гонококков, 1000 кишечных палочек. Нередко причина в сочетании воздействия указанных возбудителей. Возбудители воспалительного процесса проникают в придатки матки восходящим путем – от влагалища и шейки матки далее на другие отделы половой системы, брюшину. Предполагается, что возбудители снижают защитные свойства слизи шейки матки и эндометрия. **Несвоевременное или неадекватное лечение воспалительных заболеваний женских половых органов приводит к хронизации воспаления, является при-**

чиной бесплодия, внематочной беременности и болей в области таза. Факторами риска для развития воспалительных заболеваний женских половых органов являются: внутриматочные противозачаточные средства, многочисленные половые партнеры, детородный возраст, воспалительные процессы в прошлом.

При воспалительных процессах нижнего отдела женских половых органов больные обычно жалуются на обильные выделения из влагалища (жидкие, гнойные, творожистые, пенные, часто со зловонным запахом), на зуд или жжение в области наружных половых органов.

Проникновению инфекции в верхние половые пути могут способствовать внутриматочные процедуры (зондирование, введение ВМС, искусственный аборт и другие процедуры).

Восходящая инфекция сопровождается высокой температурой, сильными болями внизу живота, возможна рвота. Во время врачебного осмотра и при вагинальном исследовании определяется болезненность шейки и придатков, увеличение придатков, наличие болезненных образований в малом тазу.

Диагноз воспалительного процесса подтверждается данными дополнительных методов исследования. При исследовании крови выявляется увеличение количества лейкоцитов (лейкоцитоз), ускорение скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Ультразвуковое исследование выявляет

увеличение размеров придатков и яичников, формирование гнойных очагов. С помощью лапароскопии осматривается малый таз и его органы. Это метод прямой диагностики воспалительных заболеваний органов малого таза. Во время лапароскопии можно выполнить пункцию гнойного очага и в содержимом определить возбудителя заболевания, произвести ревизию пораженных органов и удаление гноя. С этой же целью проводится бактериологическое исследование мазков из влагалища, канала шейки матки.

Несвоевременное или недостаточное активное лечение воспалительных процессов женских половых органов приводит к развитию осложнений – абсцессам в трубах, спайкам, хроническим болям в области малого таза, болевым ощущениям при половом акте, бесплодию.

При воспалительных процессах в нижних отделах половых органов применяется местное лечение кремами, вагинальными таблетками, лазером. При восходящей инфекции проводится интенсивная антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия.

В некоторых случаях может возникнуть необходимость в хирургическом вмешательстве. Оно проводится при безуспешности обычного лечения антибиотиками, наличии гноя, воспалении брюшины.

Врач-акушер-гинеколог
Ю. В. Корнийчук

Эндометриоз

Эндометриоз (наружный эндометриоз) – патологический процесс, при котором за пределами полости матки (яичники, маточные трубы, брюшина, крестцово-маточные связки, позадне-маточная клетчатка и др.) происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной ткани слизистой полости матки.

Аденомиоз (внутренний эндометриоз) – разрастание эндометриальной ткани в толще стенки матки (миометрии).

Эндометриоз можно назвать «эпидемией» нашего столетия, так как частота встречаемости данной патологии увеличивается с каждым годом все больше и больше. Кроме того, наблюдается омоложение заболевания. Так, если ранее эндометриозом болели в основном женщины после 30 лет, то теперь он все чаще встречается у молодых девушек 20-летнего возраста. Частота колеблется от 7 до 59% у женщин репродуктивного возраста.

Больные эндометриозом имеют неблагоприятный предшествующий заболеванию фон, кроме того, каждая вторая женщина страдает нейропсихическими и вегето-сосудистыми нарушениями. Эндометриоз нередко сочетается с миомой матки и гиперпластическими процессами эндометрия.

В диагностике эндометриоза большую роль играет клиниче-



ская картина течения заболевания (нарушение самочувствия, выраженность болевого синдрома, длительность менструаций, их цикличность, конкретная симптоматика, связанная с поражением того или иного органа), данные гинекологического обследования, данные специальных инструментальных (ультразвуковое исследование, иногда компьютерная томография, ЯМР, кольпоскопия и др.) и лабораторных методов иссле-

дования (определение маркеров онкозаболеваний по крови).

Наиболее важный клинический симптом – болевой синдром, связанный с менструальным циклом: тянущие боли внизу живота и в области поясницы в течение всего месяца, усиливающиеся накануне менструации, и резко болезненные менструации.

Жалобы на боли при половой жизни (диспареунию) предъявляют 26–70% пациенток. Больные отмечают резкие боли, ир-

радирующие во влагалище, прямую кишку, промежность, бедра, при дефекации, в положении сидя. На ранних стадиях заболевания боли могут возникать периодически, при прогрессировании процесса могут иметь постоянный характер, снижать трудоспособность.

Одна из наиболее частых причин обращения больных эндометриозом за врачебной помощью – бесплодие. Доказано, что бесплодие становится прямым следствием таких повреждений, вызванных эндометриозом, как нарушение проходимости маточных труб, спаечной деформации ворсинок (фимбрий), полной изоляции яичников спайками, прямое повреждение тканей яичников эндометриоидными кистами и др. Однако во многих случаях эндометриоз и бесплодие могут развиваться параллельно от одной или нескольких общих причин (например, нарушение взаимоотношения уровней секреции гормонов, приводящее к неполноценной овуляции; нарушения местного иммунитета; сочетанные гиперпластические процессы и др.).

В настоящее время одним из самых точных методов диагнос-

тики эндометриоза считается лапароскопия и гистероскопия.

Современный подход к лечению больных эндометриозом состоит в комбинации хирургического метода, направленного на максимальное удаление эндометриоидных очагов (разрастаний на брюшине, эндометриоидных кист яичников, удалению эндометриоидных инфильтратов в околоматочной клетчатке и др.), и консервативной, гормональной терапии при распространенных формах заболевания или высоком риске возникновения заболевания вновь. Консервативный этап лечения заключается в приеме гормональных препаратов, действие которых состоит во временном исключении функции яичников, благодаря чему снижается концентрация женских половых гормонов в крови, что способствует атрофии очагов эндометриоза. Также рекомендуется применение препаратов, стимулирующих иммунитет.

Врач-акушер-гинеколог
Е. И. Арканова

Миома матки (лейомиома) – доброкачественная, гормонально-зависимая опухоль мышечной оболочки матки (миометрия).

Миома матки встречается у 15–17% женщин старше 30 лет.

Развитие и рост миомы матки до настоящего времени окончательно не изучен. Достоверно установлено, что в развитии миомы половым стероидам принадлежит конкретная роль: эстрогены стимулируют рост опухоли, прогестерон его подавляет. В клетках миометрия увеличивается содержание эстроген-связывающих рецепторов, а также повреждаются взаимосвязи между прогестерон-зависимыми рецепторами и непосредственно гормоном желтого тела.

Существует теория, согласно которой миома матки является не опухолью, а разрастанием (гиперплазией) миометрия. Пусковым механизмом процесса является кислородное голодание мышечных элементов матки, в результате которого они приобретают способность к разрастанию на фоне физиологической секреции половых гормонов. Постоянная нерегулируемая пролиферация мышечных волокон способствует образованию миомы.

Разновидности миомы матки

Миому различают по локализации узлов: 95% – в теле матки, 5% – в шейке матки.

По отношению к мышечному слою:

1. межмышечная (интерстициальная, интрамуральная) – располагается в толще стенки матки;
2. подслизистая (субмукозная) – рост узла происходит в полость матки;
3. подбрюшинная (субсерозная) – рост миомы происходит по направлению к брюшной полости.

Миома может располагаться забрюшинно (першеечные и шеечные узлы) и интралигаментарно (между широкими связками матки).

Миома матки



Клинические проявления

Нередко миома матки протекает малосимптомно, т.е. отсутствуют жалобы и нарушения менструальной функции. Клиническая картина зависит от возраста пациентки, длительности заболевания, локализации и величины опухоли.

Основными симптомами миомы матки являются боль, нарушение менструальной функции, нарушение функции смежных органов.

Болевым синдромом. Боль, как правило, локализуется в нижних отделах живота и пояснице. Постоянные ноющие боли наблюдаются при субсерозных узлах и обусловлены растяжением брюшины или сдавлением нервных сплетений малого таза, а также связаны с быстрым ростом опухоли. Острые боли возникают при нарушении кровоснабжения в узле, прогрессирование которых может привести к развитию клинической картины остро-

го живота. Схваткообразные боли во время менструации сопутствуют подслизистой локализации узла.

Кровотечение является наиболее частым симптомом миомы матки. Обильные и длительные менструации характерны для субмукозной миомы. Ациклические маточные кровотечения более характерны для интерстициальной и субсерозной миомы.

Нарушение функции смежных органов наблюдается, как правило, при низком расположении узлов и/или при больших размерах миомы матки. Может нарушаться функция мочевыводящей системы, толстого кишечника.

Диагностика

Диагностика миомы матки прежде всего основана на жалобах, анамнезе заболевания, данных гинекологического исследования. Важным дополнительным методом выявления и подтверж-

дения диагноза является ультразвуковое сканирование. При подозрении на субмукозный рост миомы матки обязательным этапом обследования является диагностическая гистероскопия, которая с высокой степенью точности позволяет изучить состояние слизистой полости матки, ее рельеф, наличие узла миомы в полости, его расположение, размер, глубину расположения по отношению к миометрию. Кроме того, гистероскопия дает возможность уточнить показания к хирургическому вмешательству, его объем.

Реже для диагностики миомы матки применяют гистеросальпингографию (дифференциальная диагностика между субмукозной миомой матки и аденомиозом), компьютерную томографию и ЯМРТ, ангиографию (при подозрении на саркому матки).

Диагностическую лапароскопию, как правило, применяют с целью уточнения диагноза, дифференциальной диагностики в некоторых ситуациях и определения дальнейшей тактики лечения больных с миомой матки, в том числе и хирургического.

Лечение

Лечение больных миомой матки многокомпонентное и во многом определяется возрастом пациентки, особенностями развития миомы, локализацией и размерами миоматозных узлов.

В некоторых случаях эффективным консервативным методом лечения является гормонотерапия. Гормонотерапию применяют также с целью предоперационной подготовки: уменьшается объем опухоли, улучшаются условия для хирургического вмешательства, снижается предполагаемая интраоперационная кровопотеря. Чаще всего применяется хирургический метод лечения.

Показания к хирургическому лечению миомы матки:

1. большие размеры опухоли (более 12 нед.),
2. субмукозное расположение миомы, сопровождающееся длительными и обильными менструациями, анемией,
3. быстрый рост опухоли,
4. субсерозные узлы на «ножке» (возможен перекрут и некроз узла),
5. некроз миоматозного узла,
6. нарушение функции смежных органов, синдром хронических тазовых болей,
7. шеечная миома матки, локализованная во влагалище,
8. сочетание миомы матки с другими заболеваниями половых органов, требующими хирургического вмешательства,
9. бесплодие (в тех случаях, когда не выявлено других причин).

Объем хирургического вмешательства зависит от возраста пациентки, сопутствующих гинекологических заболеваний, репродуктивной функции. Молодым женщинам, заинтересованным в сохранении репродуктивной функции, производится консервативная миомэктомия. Женщинам с большими размерами миомы, и/или незаинтересованным в сохранении репродуктивной функции, производится надвлагалищная ампутация или экстирпация матки.

В некоторых случаях эффективным методом лечения является перевязка маточных сосудов с целью уменьшения размеров миомы, а также эмболизация маточных сосудов при помощи ангиографии.

Хирургическое лечение можно производить тремя основными способами: путем лапаротомии, лапароскопии, влагалищным доступом или сочетанием некоторых из них.

В случае субмукозной миомы показана миомэктомия путем гистерорезектоскопии.

Ассистент кафедры акушерства и гинекологии ЯГМА, врач высшей категории, к.м.н.
Ю. К. Уткин

Альгодисменорея – нарушение менструального цикла, выражающееся в схваткообразных, реже ноющих болях внизу живота, в области крестца, поясницы во время менструации и сопровождающихся общим недомоганием.

Относится к наиболее частым видам гинекологической патологии, наблюдается у 30–52% женщин в возрасте 14–44 лет, примерно у 10% из них боли настолько сильные, что женщины теряют трудоспособность.

Причины могут быть не выяснены. У 17–30% женщин с альгодисменореей в сочетании с бесплодием обнаруживают малые формы эндометриоза – в области крестцово-маточных связок и яичников. Необходимо провести УЗИ, обследовать гормональный статус, исключить инфекционный процесс, при необходимости провести лапароскопию.

Маточные кровотечения в различные возрастные периоды жизни женщины:

– ювенильные (пубертатные) маточные кровотечения – это ациклические маточные кровотечения у девушек пубертатного возраста (12–17 лет). Причинами

Нарушение менструального цикла

являются нарушения гормональной регуляции репродуктивной системы, к которым могут приводить частые респираторные инфекции, патология ЛОР – органов, повышенные физические и психические нагрузки. Беспокоят длительные, обильные, приводящие к анемии маточные кровотечения. Лечение заключается в остановке кровотечения и профилактике развития анемии. Иногда при отсутствии эффекта от консервативной терапии по жизненным показаниям производится выскабливание слизистой полости матки;

– дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивный период возникают на фоне задержки менструации в течение 1,5–6 месяцев, при этом часто обнаруживается патология эндометрия (полипы, гипер-

плазия). Встречаются реже, чем ювенильные. Причиной являются гормональные нарушения. Необходимо УЗИ, обследование гормонального статуса, раздельное диагностическое выскабливание слизистой полости матки. Лечение заключается в проведении гормонотерапии с контролируемым выскабливанием слизистой полости матки;

– кровянистые выделения в постменопаузе являются грозным симптомом злокачественного процесса (рака) и требуют быстрой и адекватной диагностики: гистероскопии, раздельного диагностического выскабливания. Кровянистые выделения в этот период могут появляться при наличии сенильного кольпита, т.е. воспаления во влагалище, связанного с недостатком женских половых гормонов. При

этом местное лечение сочетают с возможной заместительной гормональной терапией;

– предменструальный синдром – сложный патологический симптомокомплекс, возникающий в предменструальные дни и проявляющийся нейропсихическими, вегето-сосудистыми и обменно – эндокринными нарушениями. Обычно возникает за 2–10 дней до менструации и исчезает сразу после начала менструации или в первые ее дни. Частота возникновения ПС в возрасте 19–29 лет у 20%, после 30 лет – до 47%, после 40–49 лет – до 55%. Чаше наблюдается у женщин умственного труда. Для

диагностики нужно оценить цикличность данных проявлений, гормональный статус, провести УЗИ, чтобы исключить другую патологию. В лечении используется физиотерапия, иглоукалывание, циклическая гормональная терапия, препараты, уменьшающие вегетативные, неврологические симптомы;

– аменорея – отсутствие менструаций в течение 6 месяцев и более. Серьезный симптом большого количества заболеваний. Может быть первичной, т.е. менструации не начинались, вторичной – после периода нормальных менструаций. Причинами могут быть врожденная патология, гормональные нарушения, генетические заболевания, прием препаратов, ятрогенные нарушения (после абортов, выскабливаний). Множество причин заболевания требует квалифицированной помощи гинеколога-эндокринолога, а возможно и других специалистов. Лечение зависит от причины (гормональное, оперативное).

Врач-акушер-гинеколог
I категории
Н. Л. Веденева

Гинекологическое отделение

Диагностика, лечение и профилактика:

- женского бесплодия;
- воспалительных заболеваний женской половой сферы;
- невынашивания беременности;
- нарушения менструальных функций.

Хирургическое лечение:

всех видов гинекологических заболеваний с использованием как традиционных (лапаротомических, влагалищных), так и преимущественно минимально инвазивных (лапароскопических, гистероскопических) хирургических доступов.

Лапароскопические операции:

- радикальные и консервативные операции на матке (экстирпация, миомэктомия);
- на придатках матки при непроходимости маточных труб, по поводу опухолей и кист яичников, внематочной беременности;
- при эндометриозе различной локализации (в т.ч. при позадишеечном);
- коррекция опущения и выпадения половых органов, недержание мочи;
- операции при аномалиях развития матки и влагалища (искусственное влагалище).

Гистероскопические операции:

- удаление полипов эндометрия, подслизистых узлов миомы, инородных тел;
- рассечение внутриматочных сращений; внутриматочной перегородки;
- абляция и резекция эндометрия при маточных кровотечениях и гиперпластических процессах.



Тел./факс зав.гинекологическим отделением (4852) 24-13-36; Тел.ординаторской (4852) 24-62-60; e-mail:ogourtsov@yrh.yar.ru.



Телефон:

В нашей больнице работает справочно-информационная служба.

24-84-61

Полную информацию о нашей больнице смотрите на сайте

www.yrh.yar.ru

В рубрике «Женская страничка» открыты новые разделы.

По телефону Вы можете узнать порядок записи на консультацию к специалистам в поликлинику, порядок госпитализации в стационар, необходимые больничные телефоны и другую полезную информацию.

Руководители О. П. Белокопытов, Г. В. Костина. Редактор, администратор В. А. Радовская. Фото В. А. Радовская. Техническая поддержка В. Ю. Маслов. Дизайн Г. И. Радовский.



Газета «Здоровья Вам!» зарегистрирована в Верхне-Волжском межрегиональном территориальном управлении МПТР России Россия, 170000, г. Тверь, ул. Новоторжская, 6. Регистрационный номер ПИ № 5-0485 от 5 июня 2002 г. Распространяется бесплатно

Учредитель: Государственное учреждение здравоохранения Ярославской области Ярославская областная клиническая больница, 150062, г. Ярославль, ул. Яковлевская, 7, телефон: 24-47-79. Главный редактор – главный врач ЯОКБ О. П. Белокопытов. Ответственный редактор В. А. Радовская, фото В.А.Радовская

Отпечатано в типографии «Printex» ООО «Рико Экспресс» Тираж 10 000