

рактера кровотока, основные доплерометрические показатели, в частности, индекс резистентности и максимальную систолическую скорость кровотока. УЗИ и ЦДК проводили всем пациентам до ЭМА, а контроль исследования через 3, 6 месяцев после проведения процедуры.

Результаты

При трансвагинальной эхографии до ЭМА размеры миоматозной матки соответствовали 7–16 недельному сроку беременности, основная локализация узлов — интерстициально-субсерозная, у одной шеечно-перешеечное расположение. После ЭМА размеры матки значительно уменьшились, до 5–12 недель. Индекс резистентности в артериях колебался в пределах 0,81–1,0, на границе с узлом и в узле 0,50–0,61, тогда как после ЭМА показатели в артериях значительно снизились — от 0,53 до 0,81, а на границе с узлом и в самом узле не определялись. После проведения ЭМА через 3 ме-

сяца толщина эндометрия во вторую фазу составила $1,2 \pm 3,2$ мм, через 6 месяцев — $0,5 \pm 0,2$ мм, тогда как до манипуляции во вторую фазу толщина эндометрия составляла в среднем $17,0 \pm 0,5$ мм.

При ЦДК во всех артериях миометрия прослеживалась тенденция к снижению средних значений показателей сосудистого сопротивления. После проведения ЭМА во всех артериях мио- и эндометрия отмечается повышение средних значений показателей сосудистого сопротивления.

Заключение

Внедрение в клиническую практику УЗИ и ЦДК дают предпосылки для разработки нового неинвазивного метода оценки качественных и количественных характеристик внутриматочных структур, состояния эндометрия, выявления признаков различных морфологических форм заболеваний эндометрия, создания критериев для их дифференциальной диагностики.

НАШ ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

© А. Е. Костяхин, А. Л. Гурич, Е. Л. Савоневич, Т. Ю. Егорова

Гродненский государственный медицинский университет; Городская клиническая больница №4, Гродно, Беларусь

Актуальность проблемы

В настоящее время лапароскопия представляет собой наиболее перспективный метод оперативной гинекологии. При условии тщательного отбора больных и соблюдения безопасной техники лапароскопический доступ имеет множество преимуществ перед лапаротомией. Несмотря на вековую историю эндоскопии, метод хирургической лапароскопии сравнительно молод, постоянно развивается и совершенствуется.

Материал и методы

Областной гинекологический эндоскопический центр на базе 4-й городской клинической больницы г. Гродно функционирует с августа 2002 года и включает гинекологическое отделение на 65 коек, операционный блок с двумя видеозендоскопическими стойками фирм «Wolf» и «MGB», реанимационный пост и занимает лидирующее положение среди областных эндоскопических центров Беларуси. За это время в центре проведено более 4000 эндоскопических операций, что составляет более 75% всех проводимых оперативных вмешательств. Каждая третья гистерэктомия выполняется лапароскопическим доступом. Нами проанализированы результаты 400 лапаро-

скопических тотальных и субтотальных гистерэктомий, произведенных с 2002 года.

Результаты

Соотношение тотальных и субтотальных гистерэктомий составило 2 : 1. Продолжительность гистерэктомии составляет в нашей клинике от 65 до 150 минут, при этом длительность операций в 68% случаев менее 90 минут. Средняя кровопотеря составила 120 мл. Особый интерес представляет анализ имеющихся осложнений. Их частота составила 3% по сравнению с 5% при лапаротомном и влагалищном доступах. Дважды во время операции происходила травма органов желудочно-кишечного тракта. У 7 пациенток в послеоперационном периоде имело место кровотечение из культи влагалища, которое было остановлено тугой тампонадой влагалища. Кровотечение из воронкотазовой связки было диагностировано и купировано лапароскопически. У 2 женщин в послеоперационном периоде было диагностировано повреждение мочеточников. Через 1 месяц после лапароскопических гистерэктомий, по сравнению с лапаротомными, у пациенток гораздо чаще диагностировалась анемия легкой степени тяжести.

Заключение

Лапароскопический доступ при выполнении гистерэктомии позволил минимизировать кровопотерю и травматичность операций, снизил частоту послеоперационных осложнений,

сократил сроки лечения. Задачей сотрудников центра на сегодняшний день является освоение методик выполнения эндоскопических операций при генитальном пролапсе и недержании мочи.

НЕИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ МИОМ МАТКИ: МРТКФУЗ

© Ю. Б. Курашвили, К. В. Лядов, Е. А. Коган, Е. Н. Чмыр, Г. Б. Зеленин, Г. Т. Сухих

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В. И. Кулакова», Москва, Россия

Актуальность проблемы

Все известные органосберегающие методы лечения миомы матки являются нерадикальными, исключительно симптоматическими и предполагают высокую вероятность рецидива. В связи с современной тенденцией смещения репродуктивных планов на старший и поздний репродуктивный возраст актуальна проблема разработки новых методов, сочетающих высокую клиническую эффективность с минимальной инвазивностью и максимальной общесоматической и репродуктивной безопасностью.

Идее использовать фокусированный ультразвук (ФУЗ) для дистанционной деструкции опухолей более 80 лет. Однако только с 1999 года стало возможным клиническое применение технологии благодаря объединению источника ФУЗ и МРТ. В 2004 году (на основании многоцентрового исследования) FDA разрешает использование ExAblate для лечения миомы матки. Однако метод требовал дальнейшей клинической детализации.

Цель исследования

Уточнить клиническую эффективность МРТкФУЗ с учетом полиморфизма миом матки. Разработать алгоритм отбора пациенток на процедуру.

Материал и методы

Проведен анализ результатов лечения 611 пациенток в возрасте от 20 до 55 лет. Процедуры МРТкФУЗ выполнены с марта 2006 года по март 2009 года (645). Общий срок наблюдения составил от 9 месяцев до 3,5 лет.

Критериями отбора служили: 1) показания к лечению миомы матки; 2) отсутствие противопоказаний к органосберегающему лечению; 3) отсутствие противопоказаний к МРТкФУЗ; 4) «условия, необходимые для клинически эффективного проведения процедуры» (с 2008 г).

Методы обследования: 1) стандартные общеклинические и гинекологические; 2) уточняющие: детализированное УЗИ, МРТ, гистологическое исследование трепанобиоптатов узлов и операци-

онного материала (узлы, миоматозно измененные матки).

Процедуры выполнены на установке ExAblate-2000 под контролем МРТ 1.5Т: 1) Лечебный агент — ФУЗ. 2) Средство навигации, визуального и термического контроля в режиме реального времени — МРТ. 3) Принцип действия — деструкция ткани миомы в результате таргетной точечной коагуляции. 4) Размеры точки коагуляции (спота) — переменные: от 1 до 5 мм в диаметре, и от 1 до 4.5 см длиной. 5) Деструкция запланированного объема ткани выполняется за счет сложения точек (спотов) коагуляции.

Стандартные этапы процедуры: 1) Планирование ФУЗ-воздействия. 2) ФУЗ-воздействие на ткань миомы. 3) Оценка результата ФУЗ-воздействия.

Оценку эффективности МРТкФУЗ проводили в два этапа:

1 этап: Визуализация и измерение зоны ФУЗ-деструкции. Водится контраст. Зона ФУЗ-деструкции представляет собой неконтрастируемую зону. При NPV $\leq 20\%$ — процедуру считали неэффективной, при NPV $\geq 20\%$ — эффективной.

2 этап: Оценка клинической эффективности. Режим наблюдения: визиты через 1, 3, 6, 12 и 24 месяца. *Методы оценки* — подсчет баллов по анкетам: интенсивности кровотечений (РВАС), интенсивности тазовой боли (опросник McGill, краткая форма), качества жизни (UFS-QOL). Также выполнены детализированные УЗИ и МРТ. *Дополнительным критерием* оценки клинической эффективности мы считали длительность ремиссии.

При оценке осложнений — отсутствие клинического эффекта и последующее типичное течение заболевания — осложнением процедуры не считали.

Результаты

1. Действительно, в результате МРТкФУЗ терапии при достижении NPV $\leq 20\%$ может быть получен клинический эффект в виде уменьшения объема миомы, регрессии основных клинических симптомов и повышения качества жизни.