

34,0±3,7 года для I группы и 33,8±3,9 года для II.

Для обеих резектоскопических систем в качестве источника энергии использовался высокочастотный Autocon II 400 K. Storz. Основными технологическими и клиническими критериями оценки результатов служили продолжительность вмешательства, объем израсходованной 5% глюкозы, объем кровотечения в ходе вмешательства, качество интраоперационного обзора, а также развитие интра- и послеоперационных осложнений.

Результаты

Средняя продолжительность резекции субмукозных миом составила 23,0±4,5 мин для резектоскопа K.Storz и 13,0±3,1 мин для резектоскопа Master Resectoscope (R. Wolf). В обеих группах не отмечалось ни кровотечений, ни синдрома ТЦРСМ (транс-цервикальной резекции субмукозных миом). Субъективно хирургами отмечался лучший обзор в полости матки при использовании R. Wolf Master Resectoscope за счет немедленной аспирации резецированных тканей

и отсутствия необходимости извлечения инструментов в целях удаления чипсов. Средний объем израсходованной 5% глюкозы во второй группе (1245,6±56,8 мл; 470–1960 мл) был существенно меньшим по сравнению с первой (2088,3±73,2 мл; 820–3100 мл). Клиническая эффективность вмешательства относительно продолжительности операции, интраоперационных кровотечений, а также полноты резекции тканей миомы была достоверно лучшей во II группе, выполненной при помощи R.Wolf Master Resectoscope.

Заключение

Наши предварительные результаты демонстрируют многообещающие возможности использования резектоскопов с немедленной аспирацией чипсов при гистероскопической резекции субмукозных миом за счет существенного сокращения продолжительности оперативного вмешательства. Кроме того, данное преимущество позволяет избегать таких грозных осложнений, как синдром ТЦРСМ и прочих постгистероскопических проявлений.

НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МИО- И ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ ДО И ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

© Д. М. Ибрагимова, Н. А. Литвинова, А. А. Алиева, И. И. Гришин, Ю. Э. Доброхотова

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета с курсом ФУВ, Москва, Россия

Актуальность проблемы

Диагностическое значение цветового доплеровского картирования (ЦДК) и ультразвукового исследования (УЗИ) трудно переоценить.

В настоящее время применение трансабдоминальной и трансвагинальной эхографии позволило значительно повысить точность диагностики заболеваний внутренних половых органов. По данным Демидова В. Н., наибольшая информативность ультразвукового сканирования отмечена при диагностике миомы матки, опухолей яичников и патологии эндометрия. Трансабдоминальная или трансвагинальная эхография является неинвазивным, легко выполнимым и высокоинформативным методом исследования, позволяющим оценивать качественные и количественные характеристики внутриматочных структур.

Сущность метода ЦДК состоит в возможности визуализации всех движущихся жидкостей организма в режиме реального времени и проведении анализа их движения, а также исследование кровотока в сосудах органа и ткани.

Цель исследования

Изучить влияние эмболизации маточных артерий на параметры ЦДК и УЗИ у пациенток с миомой матки до и после ЭМА в репродуктивном периоде.

Материал и методы

В основу исследования положен анализ результатов УЗИ и ЦДК у 80 пациенток репродуктивного периода, госпитализированных в стационар по поводу миомы матки. Всем пациенткам была проведена ЭМА. Возраст пациенток колебался от 26 до 45 лет (средний возраст 39,5±1,2).

Комплексное ультразвуковое исследование проводили на аппарате «LogiQ-3» с трансвагинальным датчиком с частотой 6 МГц с функцией цветового доплеровского картирования и импульсно-волновой доплерометрией. При эхографии оценивали размеры матки, наличие миоматозных узлов и их локализацию, структуру миометрия, а также срединное маточное эхо (М-эха). Доплеровский анализ включал определение ха-

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. Гурин, 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 видеоэндоскопическими 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.