

МР-спектры миоматозных узлов с III типом кривой накопления (быстрое нарастание и резкий сброс контрастного вещества) отличались пиками холина ($\text{Cho} = 0,5$ ммоль/кг, $\text{Ci} = 0,6$ ммоль/кг) как маркера избыточной пролиферации. На МР-томограммах на стандартных T2ВИ миомы с вторичными изменениями (у 12, или 32,4% пациенток) были представлены узлами с преобладанием гиперинтенсивного (белого) МР-сигнала (наличие «жидкости»). На МРТ с ДКУ узлы практически не накапливали контрастный препарат. МР-спектры характеризовались появлением на соответствующих резонансных частотах пика Lac . Наличие или отсутствие пика Cho соответствовало основным морфогистологическим типам узла миомы (простая или проли-

феративная). Полученные в ходе исследования данные позволили говорить о том, что резонансные пики Lac на соответствующих частотах могут быть индикаторами метаболических нарушений и их обратимости в ткани миомы.

Комплексная МРТ (один из самых информативных, высокочувствительных и неинвазивных методов диагностики) с применением динамического контрастного усиления и МР-спектроскопии позволяет оценить МР-гистологическую структуру, биохимические особенности, степень выраженности и обратимость метаболических изменений в миоме матки, ее кровоснабжение. Метод может применяться для выбора вида органосохраняющего лечения с позиции патогенеза.

Агеев М.Б., Сидорова И.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (кафедра акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета), г. Москва

Обследована и пролечена 31 пациентка репродуктивного возраста с миомой матки, всем выполнена МРТ-диагностика в стандартном режиме. 20 (64,5%) женщинам проведена деструкция миоматозных узлов с помощью фокусированного ультразвука — MRgFUS-терапия (1-я группа), 8 (25,8%) пациенткам проведена эмболизация маточных артерий (2-я группа) и 3 (9,7%) — выполнена миомэктомия (3-я группа) с последующим контролем эффективности проведенного лечения в течение 1 года. Контроль эффективности проведенного лечения оценивали по данным МРТ, детализированного УЗИ, а также балльной оценки качества жизни согласно международным анкетам.

A total of 31 patients of reproductive age with uterine myomas were examined and treated after standard MRT diagnosis. Twenty (64.5%) patients received MRgFUS therapy (group 1). Embolization of the uterine arteries was carried out in 8 (25.8%) patients (group 2). Myomectomy was carried out in 3 (9.7%) patients (group 3). The treatment efficiency was evaluated 1, 3, 6, and 12 months by MRT, detailed ultrasonic examination, and quality of life score (PBAC tables (Higham, Janssen); Short-Form MacGill Pain Questionnaire; UFS-QoL Questionnaire).

По поводу миомы матки выполняется до 50—70% оперативных вмешательств, из которых 60,9—95,5% приходится на радикальные операции, в том числе 24—26,8% проводятся в репродуктивном возрасте. Кроме того, по данным некоторых исследователей, миомэктомия позволяет на 70% улучшить репродуктивный прогноз в первые три года после оперативного лечения, но не способна предотвратить рецидив заболевания. При выборе тактики лечения в настоящее время недостаточно учитываются два основных клинко-морфологических типа миомы матки: простая (80—85%) и пролиферирующая (15—20%).

Цель исследования — определить эффективность различных методов органосохраняющего лечения при разных типах миомы матки у женщин репродуктивного возраста. Обследована и пролечена 31 пациентка репродуктивного возраста с миомой матки, которым выполнена МРТ-диагностика в стандартном режиме. Критериями отбора служили показания к лечению миомы матки, отсутствие противопоказаний к органосохраняющему лечению, отсутствие абсолютных противопоказаний к МРТ, отказ от радикальной операции, желание в последующем иметь беременность.

Исходя из данных, полученных на этапе определения МР-гистологических параллелей, пациентки были разделены на 3 группы в зависимости от предложенного варианта органосохраняющего лечения: 20 (64,5%) пациенткам была выполнена MRgFUS-терапия (1-я группа); 8 (25,8%) пациенткам произведена эмболизация маточных артерий (ЭМА) (2-я группа); и 3 (9,7%) пациенткам выполнена миомэктомия (3-я группа) с последующим контролем эффективности проведенного лечения в течение 1 года. Контроль эффективности проведенного лечения оценивали через 1, 3, 6 и 12 мес по данным МРТ, детализированного УЗИ, а также балльной оценки качества жизни согласно международным анкетам («Иллюстрированная таблица для оценки интенсивности маточных кровотечений (PBAC)» (Higham, Janssen), «Опросник болевых ощущений Мак-Гилла, краткая форма» (Short-Form McGill Pain Questionnaire), «Опросник для измерения степени дискомфорта в результате наличия фиброзных опухолей матки» (UFS-QoL). Клиническим эффектом считали регресс основных клинических симптомов заболевания (рост узлов, маточные кровотечения, тазовые боли, учащенное мочеиспускание) и повышение каче-

ства жизни. После проведенного комплексного лечения во всех группах пациенток интенсивность маточных кровотечений, интенсивность болевых ощущений и степень дискомфорта в результате наличия миомы матки уменьшились. По данным МРТ, в среднем к 4—5-му месяцу после процедуры отмечено уменьшение объема узла миомы на 25—30%. При ультразвуковом исследовании на 8—10-е сутки после ЭМА отмечалось резкое изменение эхоосемиотики миоматозных узлов, проявляющееся наличием множественных точечных и линейных гиперэхогенных включений. По данным цветового доплеровского картирования, отсутствовали цветовые локусы как по периферии, так и внутри узла. Подобная картина свидетельствовала о происходящих дегенеративных изменениях, обусловленных острой ишемией. Через 6 мес у всех пациенток группы при доплерографии цветовые локусы как по периферии, так и внутри доминантных миоматозных узлов не определялись, что позволило констатировать отсутствие в них кровотока. Таким образом, при выборе метода органосохраняющего лечения миомы матки необходимо учи-

тывать МР-тип узла. MRgFUS-терапия оптимальна для лечения простой миомы матки (на Т2ВИ представлена гипоинтенсивным МР-сигналом с включением тонких, волнистых прослоек изоинтенсивного МР-сигнала; гистологически: соответствует типичным миомам без отека стромы; при FUS-воздействии отмечено адекватное поглощение энергии FUS; NPV по окончании процедуры составляет 60—90%). Эмболизация маточных артерий целесообразна при пролиферативной миоме матки (преимущественно изоинтенсивный МР-сигнал на Т2ВИ и однородная зернистая МР-структура (идентичная миометрию). Не подходит для MRgFUS за счет неоднородного поглощения FUS. В тех случаях, когда на МРТ определяются узлы неоднородного образования, преимущественно гипоинтенсивного МР-сигнала с грубыми прослойками и полями высокого на Т2ВИ сигнала, придающих миоматозному узлу грубослоистую архитектуру, что соответствует типичной миоме с диффузным и очаговым отеком стромы различной степени выраженности, целесообразно выполнять миомэктомию.

Беженарь В.Ф., Фишман М.Б., Горбатенко Н.В.

МЕСТО БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ С ОЖИРЕНИЕМ

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»
Минздрава России (кафедра акушерства, гинекологии и неонатологии, кафедра факультетской хирургии),
г. Санкт-Петербург

По данным ВОЗ, к 2025 г. около 50% женщин будут страдать ожирением. Имеется непосредственная связь между ожирением и нарушением репродуктивной функции женщины. Консервативное лечение ожирения не всегда является эффективным. Бариатрическая хирургия оказывает положительное влияние на фертильность женщин, страдающих ожирением.

According to WHO, in 2025 about 50% of women will be obese. There is a direct link between obesity and reproductive dysfunction of women. Conservative treatment of obesity is not always effective. Bariatric surgery has a positive effect on fertility in women who are obese.

По данным ВОЗ, к 2025 г. около 50% женщин будут страдать ожирением. Женщины с ожирением составляют особую группу риска в плане репродуктивных нарушений и акушерских осложнений. Существует прямая корреляция между ожирением и репродуктивной функцией женщины. Так, у 43% женщин с ожирением наблюдается нарушение менструальной функции (олигоменорея, аменорея), у 70% — рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия, повышение частоты маточных кровотечений. Ожирение является одним из главных факторов риска развития яичниковой гиперандрогении, при этом более чем у 1/3 женщин может формироваться синдром поликистозных яичников. У женщин ожирение является фактором риска рака эндометрия, яичников, шейки матки, а также злокачественных опухолей молочной железы. Бесплодие у них встречается в 2,7 раза чаще, при наступлении беременности происходят различные осложнения:

угроза прерывания, нередко гипотрофия плода, развитие гестозов, вплоть до тяжелой формы — эклампсии и гибели плода. Предполагается, что снижение массы тела может повысить фертильность у женщин. Однако известно, что ожирение трудно поддается лечению. Диеты, психотерапия, физическая нагрузка, лекарственные средства не всегда достаточно эффективны, и зачастую утраченная масса тела в короткие сроки набирается снова. В случае неэффективности консервативных методов лечения бариатрическая хирургия служит методом выбора при лечении ожирения, когда ИМТ более 35 кг/м². Хирургическое лечение ожирения — быстроразвивающаяся отрасль хирургии, отражающая возможность с помощью бариатрического лечения достигнуть безопасного, более существенного и длительного снижения массы тела. Национальный институт здоровья США объявил бариатрические операции единственной возможностью лечения морбидного