

бораторного обследования выявлено следующее. Остеопению, требующую лечения (по Т критерию $\leq -2,0$ SD) в области позвоночника имеют в пременопаузе 6 женщин (6,3 %), бедра — 3 (3,1 %), системную — 3 (3,1 %), в постменопаузе соответственно 22 (18,3 %), 15 (12,5 %) и 4 (3,3 %). Остеопения по Т критерию $\leq -1,5$ SD в области позвоночника в постменопаузальном периоде выявлена у 17 женщин (17,7 %), в области бедра — у 16 (16,7 %), системная — у 5 (5,2 %), в постменопаузе соответственно у 63 (52,5 %), 22 (18,3 %) и 15 (12,5 %). Среди обследованных с невысокими показателями МПКТ дополнительные факторы риска развития остеопороза имеют: 1 фактор —

65 % женщин, 2 фактора и больше — 3,2 %. Сильная корреляционная связь МПКТ с индексом массы тела выявлена в области поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедра.

Заключение. Настоящее исследование подтверждает положение о том, что губчатая ткань поясничного отдела позвоночника является наиболее чувствительной к изменениям костного обмена и своего рода маркером начальных изменений МПКТ в пременопаузе. Скорость, с которой происходит снижение костной массы у женщин в пременопаузе, зависит от различных факторов, многие из которых независимы от секреции половых гормонов.

Иванов В. В., Пучков К. В.

ГУП «Медицинский центр» Управления делами Мэра и Правительства г. Москвы,
Рязанский ГМУ им. акад. И.П. Павлова, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Актуальность проблемы. Стандартная профилактика тромбгеморрагических осложнений у пациенток с метаболическим синдромом включает в себе назначение подкожных инъекций низкомолекулярных гепаринов. Эффективность данного воздействия зависит от уровня эндогенного кофактора — антитромбина-III, уровень которого значительно снижается при проведении, как абдоминальных вмешательств, так и операций на опорно-двигательном аппарате. Причем у ряда пациенток (до 30 %) это снижение превышает критические значения, т.е. вводимый извне гепарин в силу естественных физиологических причин, не может оказать противосвертывающего эффекта, что приводит не только к фатальным эмболическим осложнениям, но в большей степени к тромботическому повреждению микроциркуляторного русла, что служит как фоном, так и причиной развивающихся системных и местных осложнений.

Материал и методы. Нами разработана схема предоперационной подготовки пациентов с метаболическим синдромом. Она включает в себя назначение в течение 30 дней метформина в дозе не менее 500 мг/сут и детралекса в дозе 800 мг/сут. При пограничных значениях или повышении уровня ТТГ (даже в случае нормальных значений T_3 и T_4) дополнительно назначается тироксин в дозе 50 мг/сут. За 2 часа до оперативного вмешательства и на протяжении 7 суток после него подкожно вводится низкомолекулярный гепарин в адекватной весу пациента дозе. Интраоперационно про-

водится инфузия оксиэтилированного крахмала в дозе 0,5–1,0 мл/кг. Во всех случаях проводится эластическая компрессия нижних конечностей.

Результаты исследования. Назначение комплекса включающего сочетание тиреоидного гормона и препарата влияющего на обмен глюкозы способствует в первую очередь улучшению метаболических процессов в тромбоцитах, стенках сосудов, а также коррекции атерогенной дислипидотеинемии, что способствует снижению тромбофилической направленности системы гемостаза у данной категории больных, а также росту резерва естественных антикоагулянтов и согласованности регулирующих влияний (как нейрональных, так и гуморальных) в секреции элементов плазменного, сосудистого и тромбоцитарного звеньев. Включение микроионизированной фракции флавоноидов обеспечивает увеличение фонового уровня содержания протеина С, как в тромбоцитах, так и в стенках сосудов, что вместе с выраженным венотонизирующим эффектом препарата и воздействием на лимфодренаж тканей, повышает резистивность веноз-лимфатического русла и создает благоприятный фон для течения репаративных процессов. Введение в анестезиологическое обеспечение должного объема внутривенной инфузии препаратов гидроксэтилированного крахмала способствует связыванию его с активированными формами плазменных факторов на фосфолипидных элементах в плазме крови, тем самым, ограничивая

каскадность течения свертывающих механизмов, и в то же время легко расщепляться под действием тканевых ферментов, не препятствуя естественному течению процесса свертывания крови на месте выполнения оперативного приема.

Вывод. Как показывает практика включение

данной схемы в предоперационную подготовку позволяет уменьшить диапазон индуцированных хирургическим вмешательством изменений таких показателей как концентрация фибриногена, АЧТВ, уровень D-димера, антитромбина-III, активности тромбоцитов.

Ищенко А.И., Липман А.Д.

Клиника акушерства и гинекологии
ММА им. И.М. Сеченова,
Москва, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность проблемы. Шеечная беременность — это дистальный вариант экстраинтродермической беременности, при которой имплантация оплодотворенной яйцеклетки происходит ниже уровня внутреннего зева. Данные о частоте встречаемости этой патологии значительно варьируют, составляя в условиях естественного зачатия 1 случай на 50 000 беременностей или 0,15 % от числа внематочных беременностей. Однако, в настоящее время в связи с широким распространением вспомогательных репродуктивных технологий возможно увеличение частоты шеечной беременности. Наличие прогрессирующей шеечной беременности угрожает жизни женщины в связи с риском возникновения профузного кровотечения. Именно поэтому единственным методом лечения до недавнего времени считалась экстирпация матки. Однако, ранняя диагностика этого состояния позволяет не только предотвратить летальное кровотечение, но и выбрать консервативный метод лечения, который позволит сохранить пациентке репродуктивную функцию. Среди консервативных методов лечения различают медикаментозное лечение (цитостатические и эмбриотоксические препараты, которые вводят парентерально или непосредственно в полость плодного яйца) и органосохраняющее хирургическое лечение (выскабливание цервикального канала, наложение кругового шва на шейку матки с одновременной тампонадой цервикального канала, гистероскопическая резекция плодного яйца, селективная эмболизация маточных артерий, лазерная вапоризация хориального ложа с последующей тампонадой цервикального канала катетером Фолея).

Цель исследования. Проблема разработки эффективного безопасного органосохраняющего метода лечения шеечной беременности, который мог бы применяться практически в любом гинекологическом стационаре остается актуальной. Разработка такого метода явилась целью нашей работы.

Материал и методы. В клинике акушерства и гинекологии ММА им. И.М. Сеченова за период с 1998 года по 2006 год проведено оперативное лечение 18 пациенток с шеечной беременностью. Средний возраст больных составил $30 \pm 1,5$ лет. У 11 пациенток беременность наступила самопроизвольно, у 7 — после ЭКО. Срок беременности на момент обращения во всех случаях не превышал 9 недель и составил в среднем $6 \pm 1,4$ недели. Диагноз ставился на основании трансвагинального ультразвукового исследования с доплерометрией.

Результаты исследования. Всем пациенткам была выполнена лапароскопия, при которой выделялись и клипировались внутренние подвздошные артерии, после чего выполняли вакуум-аспирацию плодного яйца из цервикального канала под контролем ультразвукового исследования и в цервикальный канал вводили катетер Фолея. Через 15 минут после вакуум-аспирации снимали клипсы с внутренних подвздошных артерий и в течение следующих 30 минут осуществляли наблюдение за пациентками в условиях операционной при наличии лапароскопа в брюшной полости. В случае отсутствия кровотечения из половых путей операцию заканчивали. Продолжительность операции составила 70 ± 18 минут. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационный период протекал без осложнений. Катетер Фолея из цервикального канала удалялся на вторые сутки. Рецидива кровотечения не было ни в одном случае. Контроль уровня β -ХГЧ в сыворотке крови проводился в послеоперационном периоде сначала через день, а потом каждые 7–10 дней. Отмечено прогрессивное снижение уровня β -ХГЧ с достижением нулевой отметки в среднем через $5,2 \pm 0,6$ недель после операции. Период наблюдения за пациентками составил от 6 до 48 месяцев. У всех женщин была нормальная менструальная функция. У 2 пациенток в дальнейшем наступила маточная беременность и они были