

прогестерона, тестостерона, пролактина до лечения было таким же, как и у больных, которым проводилось лечение диферелином. После введения «Мирены» в полость матки отмечалось изменение уровня эстрадиола и прогестерона. По результатам наших исследований отмечалось достоверное повышение уровня прогестерона по сравнению с результатами до лечения и у контрольных лиц до $23 \pm 1,2$ нмоль/л, а уровень эстрадиола снизился до $77,2 \pm 1,2$ пмоль/л. На фоне проведенного лечения у части больных отмечались межменструальные кровянистые выделения, у 9 больных — аменорея. Исследования последних лет показали, что антиэстрогенный и антимиотический эффекты «Мирены» реализуются через непосредственное влияние высоких доз левоноргестрела на концентрацию эстрогеновых и прогестероновых рецепторов в эндометрии, которые содержатся в эпителиальных и стромальных клетках эндометрия.

После отмены диферелина и «Мирены» менструальный цикл восстанавливается через 3,5–4 месяца и у подавляющего большинства больных становится овуляторным, что приводит к восстановлению фертильности у этих больных. Наши исследования показали отсутствие рецидива миомы матки после лечения «Миреной» в течение 4–5 лет наблюдения.

Заключение

У части больных с миомой матки отмечается нарушение секреции гонадотропных гормонов гипофиза. Лечение таких больных диферелином и «Миреной» приводит к уменьшению или исчезновению миоматозных узлов у 30–90% больных. Одновременно уменьшаются размеры матки. Указанные изменения приводят к восстановлению менструального цикла и фертильности. После терапии миомы матки «Миреной» рецидив миомы матки не наблюдается.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭНЕРГИИ

© С. В. Мочайло, В. И. Ивах, С. Н. Балык

Клиника «Гарвис», Днепрпетровск, Украина

Актуальность проблемы

Лейомиома матки занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости, при этом в последние годы все больше отмечается «омоложение» миомы, т. е. уменьшение среднего возраста прооперированных больных и увеличение количества пациенток с нереализованной генеративной функцией. Поэтому на одно из первых мест выходит вопрос о состоятельности послеоперационного рубца на матке.

Сегодня ведущее место в хирургии все более прочно занимают органосохраняющие операции лапароскопическим доступом.

Для формирования полноценного рубца на матке мы руководствовались следующими принципами: уменьшение краевого повреждения миометрия, тщательное послойное восстановление целостности стенки матки без формирования «полостей» с сохранением адекватного кровообращения.

Для этих целей нами использовалась следующая методика:

1. Инфильтрация предполагаемого места разреза на матке раствором адреналина (уменьшение интраоперационной кровопотери и необходимости коагуляции).

2. Применение для разреза ультразвукового скальпеля (исключение коагуляционного некроза тканей, сохранение адекватного кровоснабжения в ране).
3. Выбор места и направления разреза с учетом локализации и количества миоматозных узлов и удобства наложения эндоскопических швов.
4. Применение шовных материалов с длительным временем рассасывания, с минимальным фибрильным и «пилящим» эффектами (Монокрил 0 и 2–0), диаметр иглы должен быть адекватным глубине раны.
5. Использование эндоскопических швов, позволяющих послойно восстановить целостность раны, с минимальным нарушением кровоснабжения формирующегося рубца и с минимальной деформацией тканей (обычно мы применяем отдельные узловые или П-образные швы внутри раны и непрерывный мышечно-серозный шов «изнутри–наружу»).

Во всех случаях (кроме субсерозных узлов на тонкой ножке) иссечение псевдокапсулы узлов не проводилось.

Конверсий, интраоперационных и послеоперационных осложнений не наблюдалось.

До операции всем больным проводилось стандартное клиническое обследование, трансвагиналь-

ное ультразвуковое исследование органов малого таза с исследованием кровотока методом цветного картирования на аппарате TOSHIBA SSA-550A (УЗИ непосредственно перед операцией проводилось оперирующим врачом или с его участием).

Перед операцией в некоторых случаях по показаниям назначались агонисты ГнРГ на протяжении 1–3 мес (анемия в результате геморрагий, усиленное кровоснабжение крупных узлов в сочетании с уменьшением их эхоплотности, небольшие (менее 5 мм) расстояния от узла до слизистой матки и т. д.).

Антибиотики назначались только с профилактической целью (цефазолин 2,0 однократно внутримышечно за 20–40 мин до операции).

После операции всем пациенткам проводился ультразвуковой мониторинг состоятельности рубца через 1, 3, 6, 12 мес после операции.

Операции выполнялись на оборудовании фирмы «Karl Storz» с применением ультразвукового скальпеля UltraCision* Harmonic Scalpel System фирмы Johnson&Johnson.

Результаты

За период с 2008 по сентябрь 2009 в клинике «Гарвис» выполнено 186 операций по поводу миомы матки, из них — 82 лапароскопические миомэктомии с применением ультразвукового скальпеля.

Средний возраст прооперированных больных составил $34 \pm 4,2$ года.

Средняя длительность лапароскопической миомэктомии — $78 \pm 6,3$ мин (от 50 до 90 мин).

Интраоперационная кровопотеря составляла от 15 до 150 мл (в среднем — 60 мл).

Средняя длительность нахождения в стационаре — $3 \pm 0,3$ дня.

Количество удаленных узлов у одной больной — от 1 до 7.

Средний диаметр узлов — $64 \pm 5,2$ мм (от 10 до 110 мм).

У 53 (65%) пациенток через 3 мес. и у 78 (92%) через 6 мес наблюдалось полное восстановление структуры миометрия и формы матки в области послеоперационных рубцов (по эхографическим признакам). У остальных пациенток отмечалась незначительная деформация М-эха и повышение эхоплотности миометрия в области энуклеации узлов.

У всех пациенток в течение 1–3 месяцев после окончания лечения нормализовалась менструальная функция. У 5 пациенток наступила и в данное время развивается беременность.

Заключение

Все вышеизложенное позволяет рассматривать лапароскопическую миомэктомию с применением ультразвуковой энергии как один из наиболее перспективных методов хирургического лечения миомы матки (в том числе и в репродуктивном периоде), позволяющий обеспечить формирование полноценного состоятельного рубца, а также уменьшить интраоперационную кровопотерю, продолжительность операции и длительность госпитализации.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ В ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ

© А. Б. Овсиенко, А. В. Михаэлис, Н. П. Градиль, А. Э. Бестаева

ФГУ «Пятигорский ГНИИК Росздрава», Пятигорск, Россия

Актуальность проблемы

Одно из наиболее распространенных гинекологических заболеваний — миома матки. Наиболее часто врачебная тактика при миоме матки у пациенток заключается в динамическом наблюдении в связи с отсутствием выраженной клинической картины. Однако само наличие гормональнозависимого патологического процесса является фактором повышенного внимания к больным данной категории. На сегодняшний день поиск терапевтических методов миомы матки представляет актуальную проблему медицины.

Проведенные нами ранее исследования позволяют предположить, что в развитии миомы матки не исключена непосредственная роль аутоиммунных процессов в сочетании с нарушениями гормональ-

ного фона. По данным исследований гормонов крови, взятой из локтевой вены, при миоме матки у женщин крайне редко отмечается гиперэстрогения, как относительная, так и абсолютная. В то же время изменения кольпоцитологической картины косвенно свидетельствовали о локальной гиперэстрогении. Патогенез миомы матки базируется на сочетании локальной гиперэстрогении, глубоких нарушениях в иммунной системе и локальных изменениях в миометрии, обеспечивающих блокировку очагов гиперэстрогении.

Цель исследования

Разработка методов коррекции состояния больных миомой матки, оценка влияния применяемых методов физического воздействия на со-