

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МИОМЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ДОСТУПОВ

© А. Н. Плеханов

Дорожная клиническая больница ОАО РЖД, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Сегодня все чаще при проведении хирургического лечения миомы матки предпочтение отдается органосохраняющим операциям. Несмотря на то что через 10 лет после операции миомэктомии рецидив миомы матки составляет до 27% случаев, желание больной сохранить матку, а вместе с ней и репродуктивную функцию диктует оперирующим хирургам необходимость оптимизации и усовершенствования существующих методов лечения (Candiani G. B., Fedele L., Parazzin F., 1998).

Материал и методы

Нами проведен сравнительный анализ 43 случаев (1 группа) миомэктомии комбинированным лапароскопическим и влагалищным и 50 случаев (2 группа) лапароскопической миомэктомии у женщин с миомами матки, выполненных в период с 1999 по 2009 гг. Выбор методики осуществлялся в зависимости от размеров матки, особенности расположения миоматозных узлов, емкости влагалища, перенесенных ранее операций. При необходимости производилось устранение спаечного процесса, проведение симультанных операций. Для обезболивания применялся интубационный комбинированный наркоз. Показаниями к операции служили: вторичное бесплодие, бесплодие с наличием в анамнезе самопроизвольных абортс второго триместра беременности или сохранения беременности у женщин с анемией, вызванной гиперменореей, или наличие больших размеров опухоли (размеры миомы матки до 14 недель беременности), быстрый рост опухоли, нарушение питания узла, т. е. миома матки являлась основной или единственной патологией, требующей хирургического лечения. Всем пациенткам выполнялись миомэктомии. Обе группы не имели статистических различий ($p > 0,05$) по средним показателям возраста, величины миомы, частоты анемизации до хирургического лечения и т. д.

Возраст пациенток 1 группы составил $31,3 \pm 0,5$ года, 2 группы $29,2 \pm 0,4$ года. Размеры опухоли в 1 группе — $12,5 \pm 0,4$ нед., во 2 группе — $9,4 \pm 0,4$ нед.

Результаты

При осмотре 93 женщин через 2–10 лет после миомэктомии с использованием малоинвазивных доступов общее хорошее состояние отмечено у 65 (70%), удовлетворительное — у 26 (28%) и неудов-

летворительное у 2 (2%). Неудовлетворительное состояние зависело от сопутствующего заболевания (гипертония, заболевание сердечно-сосудистой или нервной системы) и не было результатом перенесенной операции.

До операции нормальные менструации наблюдались у 25 (26,9%), различные нарушения менструального цикла были отмечены у 68 (73,1%), в том числе дисфункциональные маточные кровотечения выявлены у 57 (61,3%) больных. Чаще всего мы диагностировали гиперполименорею, которая в основном сопровождалась интрамурально-субмукозному и субмукозному расположению узлов. Метроррагия была у 19 (20,4%) пациенток, причем у 15 (16,1%) имело место подслизистое расположение узлов. Кроме того, среди других нарушений отмечалась альгодисменорея, гипоопсоменорея и др.

С целью профилактики рецидивов заболевания 65 (70,0%) женщин после органосохраняющих операций, получали гормональную терапию агонистами гонадотропин-релизинг гормонов в течение 4–6 месяцев (бусерелин, золадекс, диферелин). На фоне указанных препаратов практически у всех пациенток один раз прошла менструация, а затем установилась аменорея. Менструальный цикл восстановился в среднем через 30–45 дней после прекращения приема перечисленных препаратов. Отмечено сокращение длительности менструаций до 5 дней, значительное уменьшение объема менструальной кровопотери (что определялось количеством используемых прокладок), частоты и тяжести дисменореи. Рецидив заболевания выявлен у 11 (11,8%): у 2 больных после комбинированного (хирургическое + гормональное) лечения и у 9 пациенток, не получавших гормональные препараты.

Диагностированы рецидивы заболевания: миома матки у 6 (6,5%), гиперплазия эндометрия — у 2 (2,2%), миома матки и полип эндометрия — у 3 (3,2%). Всем пациенткам произведены повторные оперативные вмешательства в адекватном объеме. У 21 (22,6%) женщины в течение 9–24 месяцев после операции наступила маточная беременность. Все они ранее прооперированы малоинвазивными доступами. У 12 женщин произведено кесарево сечение при доношенном сроке, у 7 — кесарево сечение в 36–37 недель беременности, у 2 самопроизвольными неосложненными родами. Трубная беременность диагностирована у 1 пациентки. В течение беременности и в родах ни у одной из оперированных

и наблюдаемых нами женщин не было несостоятельности рубца на матке после миомэктомии.

Заключение

Результаты оперативного лечения больных с сочетанными доброкачественными опухолями матки по разработанным принципам свидетельствуют о высокой эффективности современ-

ных технологий и малоинвазивных доступов. 91 пациентка (97,8%) после реконструктивно-пластических операций считала лечение эффективным. После реконструктивно-пластических операций генеративная функция восстановлена у 21 (22,6%) больной рецидивы гиперпластических заболеваний матки послужили показанием к новой операции у 11 (11,8%).

ПОКАЗАТЕЛИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В КРОВИ И ТКАНЯХ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

© Э. Н. Попов, С. М. Психомасова, В. Г. Яковлев

СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова;

НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Комплексный подход к лечению доброкачественных гиперплазий матки диктует необходимость оценки роли процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и состояния антирадикальной защиты в патогенезе миомы.

Цель исследования

Изучение уровня активности супероксиддисмутазы (СОД) и интегрального показателя перекисного окисления липидов (ПОЛ) в крови женщин с миомой матки.

Материал и методы

Обследовано 30 больных имеющих единичный интрамуральный узел миомы матки. По данным УЗ-исследования размеры узла не превышали 6 см и в среднем составили $4,7 \pm 1,3$ см. Средний возраст пациентов составил $43,7 \pm 3,6$ года. Группа пациентов была однородна по семейному положению, характеру профессиональных вредностей, индексу массы тела, наличию вредных привычек, фертильности. Проведено хирургическое лечение, при

этом диагноз миома матки подтвержден в результате гистологического исследования в послеоперационном периоде. В сыворотке крови проведено определение активности СОД и показателя ПОЛ. Для сравнения использованы средние показатели активности СОД и ПОЛ в крови 15 здоровых женщин, сравнимых по возрасту.

В сыворотке крови пациенток с миомой матки уровень активности СОД был достоверно ниже, чем в крови здоровых женщин: составил $0,44 \pm 0,05$ у.е./мг. белка и $0,87 \pm 0,03$ у.е./мг. белка. Снижение активности СОД сопровождалось повышением уровня ПОЛ. У пациенток с миомой матки в сыворотке крови интенсивность ПОЛ составила $5,33 \pm 0,42$ у. е./мг. белка, у здоровых женщин $2,01 \pm 0,53$ у. е./мг. белка ($p < 0,001$).

Заключение

Снижение активности СОД и повышение ПОЛ указывает на системный дефицит антиоксидантных резервов организма и может быть основанием для разработки и применения при исследуемой патологии антиоксидантной терапии.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕТОЧНИКА В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

© К. В. Пучков¹, А. З. Винаров², С. Н. Савельев¹, И. И. Балаклеяцев¹, О. П. Курчатова¹

¹ Клиническая больница №1 ГУП «Медицинский центр» Управления делами мэра и Правительства Москвы;

² Урологическая клиника ГОУВПО ММА им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Актуальность проблемы

Мочеточники редко повреждаются при наружной травме, но зато часто страдают во время

различных оперативных вмешательств. Травма верхних мочевых путей в акушерской и гинекологической практике известна давно. Она бывает