

4. Майбородин И.В. Морфология кожи при лимфостазе и лимфореи / И.В. Майбородин, В.В. Нимаев, А.И. Шевела (и др.) // Бюллетень Сибирского отделения РАМН. - 2005.-№ 1. - С. 132-137.
5. Мельников А.В. «Радикальная» операция иссечение общим блоком метастазов в лимфатические узлы Скарповского треугольника и подвздошной ямки при раке // Вопросы хирургии войны и абдоминальной хирургии. - Горький, 1946.-С.162-171.
6. Луцевич Э.В. Поиск сторожевого лимфатического узла – путь к оптимизации объема лимфодиссекции при опухолях различной локализации /Э.В.Луцевич, Э.Н.Праздников, З.Р.Габуния (и др.) // Вестник хирургии им. И.И.Грекова.-2002.-№1.-С.120-123.
7. Отеки конечностей (очерки по клинической лимфологии) / под общ. ред. член-корр. РАМН М.С. Любарского – Новосибирск: СО РАМН, 2004. – 188с.
8. Петерсон Б.Е., Чиссов В.И., Пачес А.И. Атлас онкологических операций. - М.: Медицина, 1987.-536с.

УДК 618.14 – 006.36:616.137.73 – 005.7 – 089.819.1 – 073.75

© Р.М. Гарипов, В.И. Пирогова, Л.Г. Чудновец, Г.Т. Гумерова, 2008

Р.М. Гарипов, В.И. Пирогова, Л.Г. Чудновец, Г.Т. Гумерова
ПРИМЕНЕНИЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ
С ЦЕЛЮ КУПИРОВАНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА
ПРИ МИОМЕ МАТКИ

*Клиника ГОУ ВПО «Башкирский государственный
 медицинский университет Росздрава», г. Уфа*

Цель исследований: Улучшить результаты хирургического лечения у больных миомой матки, осложненной геморрагическим синдромом, методом эмболизации маточных артерий

Результаты 1.Купирование геморрагического синдрома на 2-4 – е сутки послеоперационного периода, что позволило ускорить в 2 раза восстановление показателей крови (эритроциты, гемоглобин, свертывающая система крови), не прибегая к переливанию донорской крови.

2. Метод ЭМА позволил избежать рецидивов гемморрагического синдрома в отдаленном послеоперационном периоде в 99,6%, на фоне уменьшения размеров миоматозных узлов до 88%.

3. Сокращение сроков пребывания в стационаре от 2 -5 суток и дней нетрудоспособности от 10 до 30 дней.

Ключевые слова: миома матки, эмболизация маточных артерий, геморрагический синдром

R.M. Garipov, V.I. Pirogova, G.T. Gumerova, L.G. Chudnovets,
APPLICATION OF UTERINE ARTERIAL EMBOLIZATION AS A METHOD
OF ARRESTING OF HEMORRHAGIC SYNDROME AT UTERINE MYOMA

The purpose of research: To improve the results of operating treatment in patients with uterus myoma complicated by hemorrhagic syndrome at uterine myoma.

Results: 1. Hemorrhagic syndrome arrest for 2-4 days of postoperative period gave as a chance to accelerate twice the rehabilitation of blood data avoiding the donor's blood transfusion.

2. OAE method allowed to avoid the hemorrhagic syndrome recidivation in the remote postoperative period in 99,6% of researched cases on the level of decreasing myoma nodes sizes till 88%

3. Time shortening of staying in clinic – 2-5day and the sick leave 10-30 days.

Key words: uterine mioma, uterine arteries embolization, hemorrhagic syndrome.

Несмотря на то, что миома матки – это доброкачественная опухоль, она нередко сопровождается симптомами, ведущими из которых являются маточные кровотечения и болевой синдром, причиняющие больной страдания. Она значительно снижает качество их жизни, трудоспособность.

Геморрагический синдром при мио-

ме матки рассматривается как показание к экстренной хирургической операции (ампутации, экстирпации), несмотря на то, что состояние больной порой бывает крайне тяжелым и нередко усугубляется уже имеющимися нарушениями гомеостаза в связи с кровопотерями в интраоперационном периоде [4,5,6].

Современный подход к лечению

миомы матки - это органосохраняющая операция - эмболизация маточных артерий (ЭМА).

Цель наших исследований: улучшить результаты хирургического лечения больных миомой матки, осложненной геморрагическим синдромом, методом эмболизации маточных артерий.

Работа проводилась в гинекологическом и рентгеноэндоваскулярном отделениях на базе Клиники БГМУ г. Уфы С 2005 – 2008гг.

Нами исследовано 184 больных, которые поступили с диагнозом миома матки различной локализации и размеров, осложнившаяся геморрагическим синдромом. Среди них 104 (56,5%) женщины составили основную группу, которым проводилась ЭМА с целью купирования геморрагического синдрома.

Остальные 80 (43,5%) человек составили контрольную группу, которым в 28 (35%) случаях были произведены хирургические вмешательства – удаление субмукозных миоматозных узлов методом гистерорезектоскопии и в 52 (65%) случаях – купирование геморрагического синдрома достигалось проведением консервативной гормональной терапии после диагностического выскабливания полости матки. В качестве гормонального препарата использовали Депо-Бусерелина в виде внутримышечных инъекций 1 раз в месяц.

В основной группе геморрагический синдром проявлялся в 22 (21,2%) случаях полименореей, в 36 (34,6%) случаях гиперполименореей. В 40 (44,2%) случаях наблюдались меноррагии и менометроррагии и в 6 случаях сукровичные выделения. У больных с поли- и гиперполименореей преобладали узлы интерстициальной локализации в 80% случаев, в 17% субсерозное и в 3% случаях субмукозное расположение узла. У 76 (73%) больных наблюдалась смешанная форма.

В контрольной группе соотношение встречаемых случаев не отличалось от основной группы. Тактика ведения больных в контрольной группе определялась степенью тяжести геморрагического синдрома. При поступлении больных с гиперпо-

лименореей во всех 28 (35%) случаях наблюдалась анемия: тяжелой степени – 12 (43%) случаев и средней - 16 (57%) случаев. Во всех случаях прибегали к гистерорезектотомии субмукозных миоматозных узлов в связи с продолжающимися маточными кровотечениями на фоне проводимой гемостатической терапии. В остальных 52 (65%) случаях: с анемией легкой степени тяжести 44 (84,6%) случая и средней 8 (15,4%) случаев - проведена гормональная консервативная терапия в связи со стабилизацией показателей крови и общего состояния больных на фоне проводимой гемостатической и антианемической терапий.

Степень тяжести геморрагического синдрома оценивали по анализам крови (общеклиническим, биохимическим), а также по показателям свертывающей системы крови (фибриноген, ПТИ, тромбиновое время).

На момент поступления у больных обеих групп наблюдалась анемия тяжелой, средней и легкой степени тяжести. Количественное соотношение встречаемых случаев представлено в таблице.

Таблица.
Распределение больных по степени тяжести анемии на момент поступления

Группы	Степень анемии		
	легкая	средняя	тяжелая
Основная	50% (52)	37% (38)	13% (14)
Контрольная	55% (44)	30% (24)	15% (12)

Всем больным основной группы в первые сутки госпитализации была проведена рентгеноэндоваскулярная эмболизация маточных артерий.

Главной целью вмешательства является эмболизация артерий миоматозного узла и перифиброидного сплетения, сосуды которых имеют средний диаметр не более 500 нм (Pelage et al., 2001). Для эмболизации применяли синтетические эмболизаты: поливинилалкоголь диаметром 300-500 нм производства фирмы Cook (PVA) [1,2,3].

В показателях крови уже в раннем послеоперационном периоде в основной группе наблюдалась значительная положительная динамика, в то время как в контрольной группе в 57% случаев на-

блюдалось усугубление степени тяжести анемии, а в 43% случаев картина показателей крови оставались без положительной динамики.

У пациенток основной группы, поступивших с тяжелой степенью анемии, сывороточное железо составляло 4,0 – 5,2 мкмоль/л, на 2-3 – е сутки показатели повысились от 5,8 до 6,0 мкмоль/л, а при выписке 8,2 – 8,8 мкмоль/л. У больных со средней степенью тяжести показатели менялись - 4,4 – 7,6 – 9,2 мкмоль/л соответственно. У пациенток с легкой степенью тяжести при поступлении сывороточное железо составляло 7,4 мкмоль/л, при выписке было в пределах нормы - 10,2 мкмоль/л.

В контрольной группе у больных после проведения хирургического вмешательства в первые сутки послеоперационного периода наблюдалось незначительное ухудшение показателей крови на фоне проводимой антианемической терапии (свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса, кровезаменители, гемостатики, витаминотерапия), на 6-7 – е сутки наблюдалось положительная динамика. У пациенток, поступивших с тяжелой степенью анемии, сывороточное железо в контрольной группе составляло 4,2 – 5,4 мкмоль/л, на 2-3 – и сутки - от 4,0 – 5,0 мкмоль/л и при выписке на 10-12 - сутки - 8,0 – 8,2 мкмоль/л. У больных со средней степенью тяжести показатели менялись от - 4,6 – 4,6 – 9,0 мкмоль/л соответственно.

В группе больных со средней степенью тяжести анемии на фоне приема Депо - Бусерелина при поступлении 7,4 мкмоль/л, при выписке в пределах нормы

- 10,2 мкмоль/л.

При объективном исследовании на 2-е сутки в 91% в основной группе и в 96% случаев в контрольной группе геморрагический синдром был купирован, и только в 9% случаев у больных основной группы, поступивших с гиперполименореей, и у 4% больных контрольной группы сохранялись скудные кровянистые или слизисто-сукровичные выделения из половых путей.

Благодаря современному методу лечения миомы матки методом ЭМА, нам удалось купировать геморрагический синдром на 2-4 – е сутки послеоперационного периода, что позволило ускорить в 2 раза восстановление показателей крови (эритроциты, гемоглобин, свертывающая система крови), не прибегая к переливанию донорской крови.

Выводы:

1. Эмболизация маточных артерий (ЭМА) является высокоэффективным, малоинвазивным, органосохраняющим методом лечения геморрагического синдрома при миоме матки.
2. Метод ЭМА в ближайшем послеоперационном периоде приводит к полному устранению (91%) или критическому снижению (7,3%) клинических проявлений геморрагического синдрома.
3. Метод ЭМА сокращает сроки пребывания в стационаре от 2 до 5 суток и дни нетрудоспособности от 10 до 30 дней.
4. позволил избежать рецидивы геморрагического синдрома в отдаленном послеоперационном периоде в 99,6% случаев на фоне уменьшения размеров миоматозных узлов - до 88%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Oliver J.A., Jr, Lance, J.S. Selective embolization to control massive hemorrhage following pelvic surgery. Am. G.Obstet.. Gynecol 1979; 135: 431-432.
2. Goodwin S., McLucas B., Lee M. et al. Uterine artery embolization for the treatment of uterine leiomyomata midterm results. J. Vasc. Intervent. Radiol. 1999; 10: 1159-1165.
3. Spies J., Scialli A., Jha R. Et al. Initial results from uterine fibroid embolization for symptomatic leiomyomata. J. Vasc. Intervent. Radiol. 1999; 10: 1149-1157.
4. Капранов С.А., Беленький А.С., Бобров Б.Ю., Доброхотова Ю.З., Журавлева А.Д., Алиева А.А., Кайфаджан М.М. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки: 126 наблюдений. // Бюллетень НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». – 2003. – № 11(4). – С 219.
5. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки, // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2002. - № 2(1). – С. 83-85.

6. Бреусенко В.Г., Краснова И.А., Капранов С.А., Бобров Б.Ю., Аксенова В.Б., Шевченко Н.А., Арютин Д.Г. Некоторые дискуссионные вопросы эмболизации маточных артерий при лечении миомы матки // Акушерство и гинекология. – 2006. - № 3. – С. 23-26.

УДК 616.314.2-089.23
© Ф.Ф. Маннанова, 2008

Ф.Ф. Маннанова

СОЧЕТАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ СНИЖАЮЩИМСЯ ПРИКУСОМ

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет Росздрава», г. Уфа*

Снижающийся прикус, или снижение окклюзионной высоты, как осложнение встречается при повышенной стираемости зубов, при потере боковых зубов, функциональной перегрузке пародонта с веерообразным расхождением передних зубов, деформациях и повышенной стираемости антагонизирующих зубов при обширных дефектах зубных рядов.

Ортопедическое лечение должно проводиться с предварительным устранением имеющейся деформации зубных рядов и после нормализации высоты окклюзии и перестройки миотатического рефлекса.

Ключевые слова: лечение сочетанное, дефекты зубных рядов, аномалия прикуса (зубочелюстные деформации).

F.F. Mannanova

A COMBINED TREATMENT APPROACH AGAINST DENTITION DEFECTS COMPLICATED BY REDUCING OCCLUSION

Reducing occlusion or reduction of the occlusal height as a complication is common in increased tooth outwear, loss of lateral teeth, functional loading of the periodontium with fanlike divergence of the anterior teeth, deformation and increased outwear of antagonizing teeth in extensive dentition defects.

Orthopedic treatment is to be carried out with preliminary elimination of the current dentition deformation and after normalization of the occlusal height, adjustment of the myotatic reflex.

Key words: combined treatment, dentition defects, occlusal anomaly.

Снижающийся прикус, или снижение окклюзионной высоты, является не самостоятельной нозологической формой, а осложнением, которое развивается в период сформированного постоянного прикуса вследствие патологической стираемости зубов, функциональной перегрузки при обширных дефектах зубных рядов в боковых отделах. Оно сопровождается ослаблением опорного аппарата зубов, смещением и укорочением антагонизирующих зубов, перегрузкой группы зубов, возникновением или усугублением состояния их пародонта, веерообразным их расхождением или патологической стираемостью (А.С.Щербаков, 1987; Н.Г.Аболмасов и др., 2000; В.Н.Трезубов и др. 2001; Копейкин В.Н. и др., 2002; Трезубов В.Н., Фадеев, 2005; Хватова В.А., 2007).

По литературным данным, снижающийся прикус встречается у 6% населения

в возрасте от 20 лет и старше (Н.Г.Аболмасов, 2000).

Снижающийся прикус вызывает большие трудности ортопедического лечения. В литературе недостаточно сведений об особенностях комплексного лечения таких осложнений.

Целью наших исследований явилась оптимизация диагностики и планирования лечения при дефектах зубных рядов, осложненных снижающимся прикусом.

Были проведены клинический осмотр, антропометрия, фотометрия лица и полости рта, рентгенография прицельная внутриротовая и радиовизиография, а также ортопантомография челюстей и височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС), электромиография жевательных и мимических мышц до, в процессе лечения и после его завершения у 38 пациентов, направленных из других стоматологических учреждений г.Уфы и Республики Башкортостан.