

быть использована в акушерской практике, т.к. позволяет сократить время подготовки к родам до 2–5 суток (подготовка только эстрогенами проводится до 10 дней), что способствует уменьшению пребывания женщины в стационаре, а следовательно, снижается риск инфекционных осложнений в пос-

леродовом периоде. Отсутствие влияния палочки ламинарии на организм матери и маточно-плацентарный кровоток при осложненном течении беременности позволяет более широкое их использование. Кроме того, данный метод является достаточно дешевым и доступным.

Пучков К. В., Иванов В. В.

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

РЕГУЛЯЦИИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТРЕССЕ В АСПЕКТЕ ЭВОЛЮЦИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Актуальность проблемы. Исследование реакции эволюционно сформированных защитных адаптационных механизмов в условиях индустриального внедрения эндовидеотехнологий, интересно не только с позиции теоретического познания фундаментальных механизмов регуляции хирургического стресса и базиса формирования понятия и теории «минимальноинвазивности», но и имеет прикладное значение возможности направленной регуляции физиологических функций при оперативных вмешательствах.

Целью настоящего исследования явилось изучение гормональной активности при хирургическом стрессе, при использовании лапаротомного и лапароскопического доступа.

Результаты исследования. Как показали наши исследования, интраоперационные уровни ряда стандартно определяемых гормонов (АКТГ, ТТГ, СТГ, ФСГ, ЛГ, кортизол) не отличаются при выполнении сходных лапароскопических и лапаротомных вмешательств в стандартизированных группах больных, при выполнении сравнимых по объему оперативного приема вмешательств. При более детальном исследовании выявлено, что механизм селективного протеолиза пре-про-опимеланокортина (предшественник АКТГ) различается в зависимости от характера выбранного

оперативного доступа. Так, интраоперационный уровень β -эндорфина в 2 раза выше при лапароскопических вмешательствах, по сравнению с лапаротомными, подобная тенденция прослеживается также и для лей-энкефалина и мет-энкефалина. Достоверное различие по данным показателям сохраняется до 3–5 ($3,6 \pm 0,6$) суток. В раннем послеоперационном периоде достаточно четко прослеживаются различия в фазической секреции АКТГ, кортизола, пролактина, мелатонина, фазической и тонической экскреции с мочой 17-ОН КС. Уровень экспрессии таких маркеров лейкоцитов, как CD95+ (апоптоза), CB25+ (рецептор к интерлейкину 2), HLA-DR, HLA-DQ также достоверно различаются в стандартизированных группах больных.

Выводы. Таким образом, эволюционно сформированные механизмы регуляции в своих «стратегических» аспектах остаются неизменными, однако более тонкие механизмы компенсации задействованы в различной степени при лапароскопическом и лапаротомном доступах. Впервые выявленные нами факты могут лежать в основе понимания физиологических основ «минимальной инвазивности», разработки средств и методов коррекции стресс-индуцированных повреждений и объективном анализе внедряемых технологий.

Троик Е. Б., Сергеева И. С., Петрова С. Н., Рыжков В. К.

Ленинградская областная клиническая больница;
кафедра акушерства и гинекологии № 1 СПб МАПО,
Санкт-Петербург, Россия

РОЛЬ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

Необходимость малоинвазивного лечения миомы матки (ММ) привела к внедрению в клиническую практику метода эмболизации маточных артерий (ЭМА).

Цель исследования. Оценить эффективность ЭМА как самостоятельного метода лечения и в качестве предоперационной подготовки при выполнении органосохраняющих операций при миоме матки