

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  $\beta$ -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

**Материал и методы исследования.** За период с 2000 по 2006 г. билатеральная селективная катетеризация и эмболизация маточных артерий выполнена 290 больным с миомой матки в возрасте от 30 до 52 лет (в среднем  $41,7 \pm 5,3$  лет). Первую группу составили 193 пациентки, которым была выполнена постоянная ЭМА в качестве самостоятельного метода лечения миомы матки. В этой группе для окклюзии маточных артерий использованы частицы поливинилового спирта (ПВА) диаметром 300–500 микрон. Клинические проявления заболевания в виде гиперполименореи и/или менометроррагии отмечены у всех больных. Уровень гемоглобина крови был в пределах от 70,0 до 120 г/л (в среднем  $105,2 \pm 16,4$  г/л). Эмболизации были подвергнуты больные с субмукозной и интрамурально-субмукозной формами миомы, существенно деформирующими полость матки. Диаметр ММ-узлов, по данным трансвагинального ультразвукового исследования, составил от 2,5 до 10,0 см (в среднем  $4,9 \pm 2,9$  см). В постэмболизационном периоде назначали антибиотики широкого спектра действия для профилактики бактериальной инфекции и обезболивающие препараты. Сочетанная соматическая патология, существенно повышающая риск традиционного хирургического лечения, выявлена у 94 (48,9 %) женщин. Вторую группу состави-

ли 97 пациенток, которым выполнена предоперационная окклюзия маточных артерий гемостатической губкой и ПВА с последующим хирургическим лечением в объеме консервативной миомэктомии. В 87 % случаев узлы миомы превышали диаметр 10 см (от 8 до 35 см).

**Результаты.** В первой группе клинический эффект был достигнут у 98,3 % больных при размерах доминантного узла до 7 см диаметром. При миомах больше 7 см эффективность эмболизации составила 66,7 %, при этом возрос риск развития постпроцедурных осложнений (от 1,4 % до 22 %) и реваскуляризации узлов (от 3,3 % до 11,1 %). Во время процедуры и в постэмболизационном периоде не было отмечено ухудшения состояния тяжелых соматических больных. Динамика уменьшения размеров ММ-узлов по данным ультразвукового исследования через 3–6 месяцев наблюдения составила 40–70 %. Во второй группе ЭМА позволила выполнить органосохраняющие вмешательства на матке с низкой интраоперационной кровопотерей от 50,0 до 200,0 мл. В обеих группах за 6 лет наблюдения не отмечено ни одного случая рецидива миомы.

**Заключение.** Чрескожная окклюзия маточных артерий является эффективным малоинвазивным методом лечения миомы матки.

Урумова Л.Т., Амелькова Г. Н.

КБ 123 ФМБА РФ, Одинцово, Россия

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

**Материал и методы.** В гинекологическом отделении МСЧ № 123 гистероскопические и лапароскопические методы диагностики и лечения применяются с 1996 г. Нами используется гистероскопический комплекс «Азимут» и жесткий гистероскоп фирмы «Olympus»; лапароскопический комплекс, укомплектованный приборами фирмы «Эндоскам», «Азимут», «Оптимед», «Hitec medical», «Sony». За период 2003–2005 гг. произведено 436 гистероскопий (ГС). ГС проводится под внутривенным наркозом. В качестве среды растяжения используется 0,9 % раствор хлорида натрия. Для малых внутриматочных операций используем механические инструменты (ножницы, щипцы). Мы используем ГС при гиперплазии эндометрия (по данным трансвагинальной эхографии), миоме и эндометриозе матки, хроническом эндометрите, внутриматочных синехиях, перегородках, пороках развития матки, подозрении на остатки плодного яйца после аборта, бесплодии, нарушениях

менструального цикла, как контроль эффективности терапии гиперпластических процессов эндометрия. А также при трудно выполняемом удалении ВМК из полости матки, с целью удаления лигатур после операций на матке.

**Результаты исследования.** Сравнительный анализ гистероскопического диагноза и результатов гистологического исследования соскобов, полученных при выскабливании слизистой матки приведен в таблице.

Точность гистероскопического диагноза во многом зависит от фазы менструального цикла, когда проводится исследование, опыта врача, качества гистологического исследования. ГС является не только качественным методом диагностики, но и качественным методом лечения. Особенно наглядно это проявляется при удалении полипов эндометрия. При «слепом» выскабливании слизистой матки полипы удаляются только приблизительно в 30 % (по литературным данным). ГС позволяет не только практически в 100 % удалить