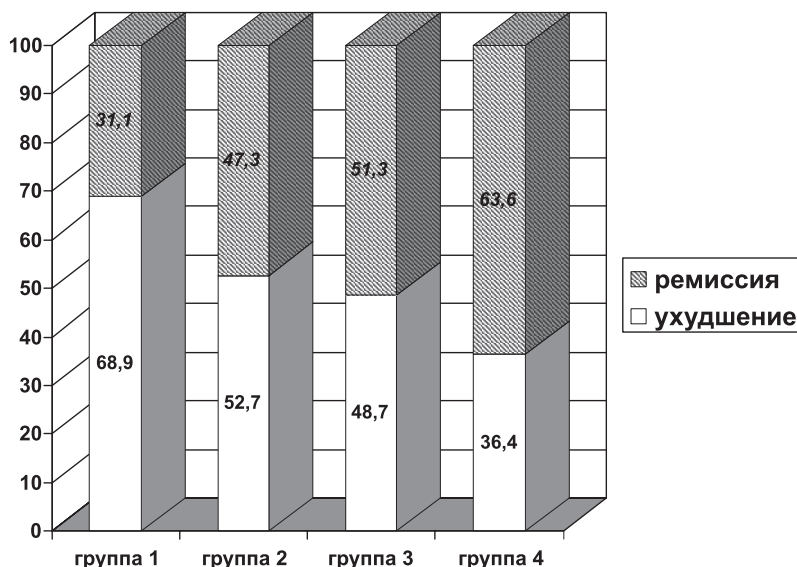




Структура исходов лечения больных генерализованным пародонтитом средней степени тяжести при дополнительном применении пластин «ЦМ-1» и «ЦМ-2» через 6 месяцев наблюдения, %

Эти показатели являются основным фактором влияния на структуру исходов лечения генерализованного пародонтита средней степени тяжести при дополнительном применении пластин «ЦМ-1» и «ЦМ-2» через 6 месяцев наблюдения, структура которых приведена на рисунке.

Полученные данные наглядно демонстрируют значительное преимущество комплексного последовательного применения пластин «ЦМ-1» и «ЦМ-2» по сравнению как с выборочным использованием пластин только одного типа, так и с традиционной терапией.

Таким образом, проведенное исследование доказывает, что при комплексном применении пластин «ЦМ-1» и «ЦМ-2» повышается эффективность местного лечения заболеваний пародонта. Происходит более быстрое достижение положительных результатов, сокращаются сроки лечения, увеличивается длительность периода ремиссии. Десневые пластины обладают выраженным противовоспалительным действием, адекватными органолептическими свойствами, удобны в применении. Возможность использования пластин по рекомендации лечащего врача пациентами в домашних условиях делает процесс лечения непрерывным, что положительно сказывается на качестве лечения.

тин по рекомендации лечащего врача пациентами в домашних условиях делает процесс лечения непрерывным, что положительно сказывается на качестве лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айбазова М. С. Реакция сосудистой системы пародонта на аппликации масла шиповника, иммобилизованного на полисорбе / М. С. Айбазова, Н. Н. Гаража // Новое в теории и практике стоматологии: Сб. науч. тр. – Ставрополь, 2008. – С. 34–37.
2. Грудянов А. И., Фролова О. А. Основные направления научных исследований и новые клинические методики в области пародонтологии в стране и за рубежом // Маэстро стоматологии. – 2008. – № 4 (32). – С. 56–60.
3. Кулаков А. А., Кречина Е. К., Полякова Ю. В. Итоги научных исследований в стоматологии за 2006–2007 гг. по данным Научного совета по стоматологии // Стоматология. – 2008. – № 4. – С. 69–74.
4. Цепов Л. М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 192 с.

Поступила 11.01.2010

В. М. ПОКРОВСКИЙ,¹ Е. В. ФОМИНА²

РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ МИОМЭКТОМИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА ЖЕНЩИН В БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

¹Кафедра нормальной физиологии КГМУ,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

²МУЗ городская больница № 2,
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2.
E-mail: alexander2000@mail.kubsu.ru

Регуляторно-адаптивные возможности организма в послеоперационном периоде, оцениваемые параметрами сердечно-дыхательного синхронизма, у пациенток, перенесших миомэктомию посредством лапароскопии, выше, чем у пациенток, оперированных лапаротомическим хирургическим доступом.

Ключевые слова: сердечно-дыхательный синхронизм, лапароскопический доступ, лапаротомический доступ, миомэктомия.

V. M. POKROVSKII,¹ E. V. FOMINA²

ROLE OF SURGICAL ACCESS AT MYOMECTOMY IN RESTORATION OF REGULATORY-ADAPTABLE OPPORTUNITIES OF AN ORGANISM OF WOMEN IN THE NEAREST POSTOPERATIVE PERIOD

¹*Chair for hominal physiology, Krasnodar state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, 4 Sedin str.;*

²*municipal health care Institution – municipal hospital 2, Russia, 350012, Krasnodar, 6/2 Krasnykh partizan str. E-mail: alexander2000@mail.kubsu.ru*

Regulatory-adaptive opportunities of an organism in the postoperative period, estimated in the parameters of cardiorespiratory synchronism, at patients transferred myomectomy by means of laparoscopy are higher than at patients, on operate laparotomy surgical access.

Key words: laparoscopy access, laparotomy access, cardiorespiratory synchronism, myomectomy.

Миома матки – одно из самых распространенных заболеваний женщин репродуктивного возраста. По данным разных авторов [1, 5], миома матки регистрируется у женщин позднего репродуктивного возраста (35–45 лет) и в пременопаузальном периоде (46–55 лет) в 10–30% случаях. На профилактических осмотрах миома матки впервые выявляется от 1% до 5% обследуемых, а среди гинекологических больных – до 30–35%.

Тактика лечения больных с миомой матки зависит от локализации, размера, темпа и характера роста миоматозных узлов, клинко-морфологического варианта опухоли, состояния репродуктивной системы и гормонального статуса женщины. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в области консервативной терапии этого заболевания, основным методом лечения миомы матки остается хирургический [5].

В настоящее время в практике при миомэктомии используется как лапароскопический, так лапаротомный хирургический доступ. Преимуществом эндоскопического метода является минимальная операционная травма, практически полное отсутствие образования спаек, снижение интенсивности послеоперационных болей, быстрое восстановление послеоперационной активности, трудоспособности, косметический и экономический эффект.

Лапаротомный хирургический доступ, как правило, используется при больших размерах миоматозного узла, подслизистой его локализации, выраженном спаечном процессе, множественной миоме и наличии полостных операций в анамнезе.

В случаях, когда при миомэктомии возможны два вида хирургического доступа, оценка регуляторно-адаптивного статуса посредством пробы сердечно-дыхательного синхронизма позволяет определить наиболее благоприятный.

Цель нашего исследования – сопоставить степень восстановления регуляторно-адаптивного статуса женщин в ближайшем послеоперационном периоде в зависимости от вида оперативного доступа.

Методика исследования

С целью изучения состояния регуляторно-адаптивного статуса женского организма с помощью метода сердечно-дыхательного синхронизма при миомэктоми-ях нами разработана карта, включающая следующие характеристики: паспортные данные женщин, рост, масса тела, день менструального цикла, основной и сопутствующий диагнозы, вид оперативного вмешательства.

Исследование проводилось на базе гинекологического отделения МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО» г. Краснодар. В выборку включено шестьдесят женщин с миомой матки, которым проведена миомэктомия разными хирургическими доступами. Для контроля взята группа из тридцати здоровых женщин. Объем обследований включал общеклинические и инструментальные (ультразвуковое исследование матки и придатков) методы исследования. Возраст женщин, оперированных тем или иным доступом, колебался от 20 до 50 лет. Нарушение менструального цикла в виде меноррагий регистрировалось в 30% случаев, а у 50% обследуемых миома матки сочеталась с железодефицитной анемией (ЖДА), являющейся следствием маточных кровотечений. Тяжелой соматической патологии среди обследуемых как анамnestически, так и в период госпитализации не установлено.

Все пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от наличия железодефицитной анемии в анамнезе. Каждой группе больных в предоперационном периоде и на 5-е сутки после операции наряду с клиническим обследованием проводилась интегративная объективная оценка регуляторно-адаптационных возможностей с помощью пробы сердечно-дыхательного синхронизма (табл. 1, 2) [3, 4].

Были изучены характеристики: исходная частота сердечных сокращений, частота дыхания, максимальная и минимальная частота синхронизации, диапазон синхронных частот, длительность развития синхронизации на минимальной и максимальной границах

диапазона синхронизации, длительность этапа восстановления исходного ритма сердца после каждой пробы и др.

С целью получения вышеназванных параметров нами разработана автоматизированная система для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека [2].

Компьютерная обработка полученных результатов осуществлялась с использованием общепринятых статистических показателей: расчет средней, среднего квадратичного отклонения характеристик вариационных рядов, средней ошибки и определения критериев достоверности между изучаемыми совокупностями.

Из изучаемых признаков особое внимание нами уделялось границам диапазона синхронизации – минимальной, максимальной, ширине диапазона, длительности развития синхронизации на минимальной и максимальной границах диапазона, длительности восстановления исходного ритма после прекращения

пробы на минимальной и максимальной границах, а также разности между минимальной границей и исходной частотой сердечных сокращений.

Результаты и их обсуждение

Полученные результаты представлены на рисунке и в таблицах 1 и 2.

Из таблицы 1 видно, что достоверная разница у женщин 1-й и 2-й групп зарегистрирована только по ширине диапазона синхронизации и фоновой частоте дыхания. Так, у женщин 1-й группы в дооперационном периоде она была ниже на 32%, чем у 2-й. Данный факт объясняется наличием железодефицитной анемии у женщин 1-й группы. Это послужило поводом для выбора у этой категории женщин менее травматичного лапароскопического хирургического доступа.

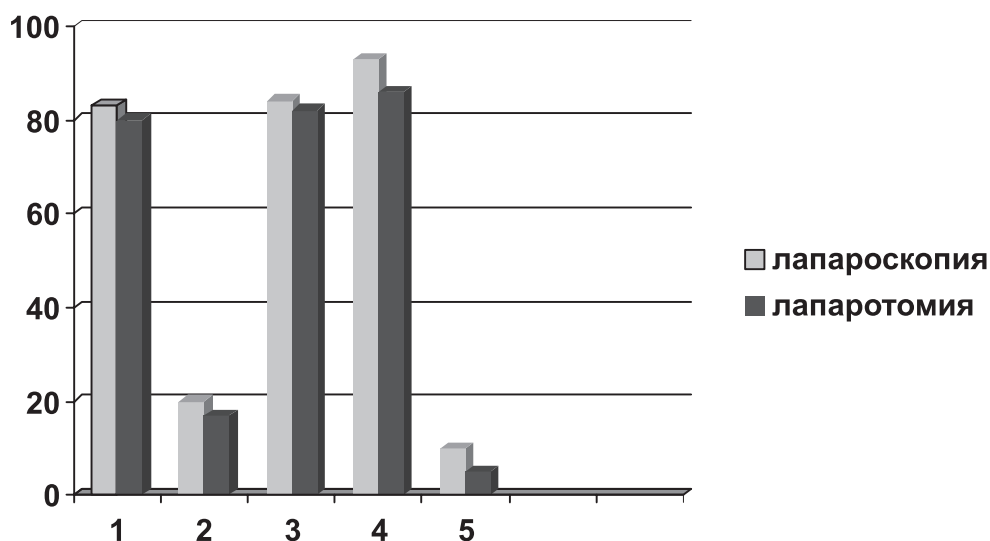
Динамика параметров сердечно-дыхательного синхронизма (СДС) в послеоперационном периоде представлена на рисунке.

Таблица 1

Параметры СДС в зависимости от наличия железодефицитной анемии (ЖДА) в анамнезе в предоперационном периоде

Характеристика	1-я группа Наличие ЖДА	2-я группа Отсутствие ЖДА
	M±m	M±m
Фоновая ЧД	19,2±0,15 p<0,001	18,38±0,13
Фоновая ЧСС	84,2±0,42 p>0,05	84,8±0,31
Ширина диапазона синхронизации	9,57±0,2 p<0,001	14,25±0,13
Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона в кардиоциклах	13,66± 0,51 p>0,05	14,03±0,20

Примечание: p – показатель достоверности между группами 1 и 2.



Параметры СДС в послеоперационном периоде у женщин, оперированных лапаротомным и лапароскопическим доступами: 1 – исходная ЧСС, 2 – исходная ЧДД, 3 – минимальная граница СДС, 4 – максимальная граница СДС, 5 – ширина диапазона синхронизации

**Параметры сердечно-дыхательного синхронизма до и после миомэктомии
в зависимости от вида хирургического доступа (M ± m)**

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма (СДС)	Вид хирургического вмешательства			
	Лапароскопия		Лапаротомия	
	До операции	После операции	До операции	После операции
	1	2	3	4
1. Исходная частота сердечных сокращений в минуту	84,20 ± 0,42 $p_1 > 0,05$	83,66 ± 0,45 $p_2 > 0,05$	84,80 ± 0,31 $p_3 < 0,001$	80,80 ± 0,34 $p_4 < 0,001$
2. Исходная частота дыхания в минуту	19,20 ± 0,15 $p_1 < 0,001$	20,00 ± 0,17 $p_2 < 0,001$	18,38 ± 0,13 $p_3 < 0,001$	17,74 ± 0,12 $p_4 < 0,001$
3. Минимальная граница диапазона синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	83,60 ± 0,41 $p_1 > 0,05$	84,00 ± 0,41 $p_2 > 0,05$	82,80 ± 0,29 $p_3 < 0,05$	82,64 ± 0,35 $p_4 > 0,05$
4. Максимальная граница диапазона синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	92,20 ± 0,49 $p_1 < 0,001$	93,47 ± 0,47 $p_2 > 0,05$	96,06 ± 0,27 $p_3 < 0,001$	86,58 ± 0,37 $p_4 < 0,001$
5. Ширина диапазона синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	9,57 ± 0,20 $p_1 < 0,001$	10,47 ± 0,18 $p_2 < 0,05$	14,25 ± 0,13 $p_3 < 0,001$	5,25 ± 0,10 $p_4 < 0,001$
6. Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона в кардиоциклах	13,66 ± 0,51 $p_1 > 0,05$	11,71 ± 0,23 $p_2 < 0,01$	14,03 ± 0,20 $p_3 < 0,001$	15,35 ± 0,31 $p_4 < 0,001$
7. Длительность развития синхронизации на максимальной границе диапазона в кардиоциклах	17,04 ± 0,59 $p_1 < 0,001$	15,00 ± 0,35 $p_2 < 0,01$	12,03 ± 0,17 $p_3 < 0,001$	16,80 ± 0,30 $p_4 < 0,001$
8. Длительность восстановления исходного ритма после прекращения пробы на минимальной границе в кардиоциклах	68,66 ± 2,33 $p_1 > 0,05$	93,52 ± 2,90 $p_2 < 0,001$	63,61 ± 1,45 $p_3 < 0,001$	72,00 ± 1,58 $p_4 < 0,001$
9. Длительность восстановления исходного ритма после прекращения пробы на максимальной границе в кардиоциклах	59,57 ± 2,03 $p_1 > 0,05$	69,2 ± 2,11 $p_2 < 0,01$	69,67 ± 1,87 $p_3 > 0,05$	66,67 ± 1,56 $p_4 < 0,05$
10. Разность между минимальной границей и исходной частотой сердечных сокращений в кардиоциклах	- 0,61 ± 0,24 $p_1 < 0,01$	0,33 ± 0,21 $p_2 > 0,05$	- 2,00 ± 0,12 $p_3 > 0,05$	1,83 ± 0,17 $p_4 > 0,05$

Примечание: p_1 – показатель достоверности между столбцами 1 и 2; p_2 – между столбцами 1 и 3; p_3 – между столбцами 2 и 4; p_4 – между столбцами 3 и 4.

Подробный анализ всех параметров СДС до и после операции отображен в таблице 2. Из таблицы 2 видно, что при лапароскопическом хирургическом доступе практически не изменяются (или изменяются очень в незначительных пределах) исходная частота сердечных сокращений и дыхания, минимальная и максимальная границы диапазона синхронизации до и после оперативного вмешательства.

Длительность развития синхронизации на минимальной и максимальной границах диапазона достоверно уменьшилась соответственно на 14% и 11%, а длительность восстановления исходного ритма после прекращения пробы как на минимальной, так и на максимальной границе достоверно возросла соответственно на 36% и 16%.

Таким образом, из вышесказанного можно сделать вывод, что отсутствует четкая закономерность при миомэктомии в изменениях параметров сердечно-дыхательного синхронизма в до- и послеоперационном периоде у женщин, оперированных лапароскопическим доступом. Обращает на себя внимание достоверное увеличение на 9% ширины диапазона синхронизации у женщин в послеоперационном периоде.

Результаты, полученные при лапаротомном хирургическом доступе, показали, что имеет место достоверное снижение в послеоперационном периоде следующих показателей: исходной частоты сердечных сокращений (5%), дыхания (3%).

По минимальной границе диапазона синхронизации не установлено достоверной разницы в до- и послеоперационном периоде, а по максимальной границе диапазона синхронизации достоверное снижение в послеоперационном периоде составило 10%.

Ширина диапазона синхронизации при лапаротомном доступе в послеоперационном периоде достоверно снизилась на достаточно высокую величину – 63%.

Длительность развития синхронизации на минимальной и максимальной границах диапазона достоверно возросла соответственно на 9% и 40%.

Длительность восстановления исходного ритма после прекращения пробы на минимальной границе достоверно возросла на 13%, а на максимальной границе достоверно уменьшилась на 4%.

Таким образом, при лапаротомном доступе зарегистрировано достаточно высокое (63%) достоверное снижение ширины диапазона синхронизации в послеоперационном периоде у женщин. Это, на наш взгляд, говорит о снижении регуляторно-адаптивных возможностей организма женщин при миомэктомиях, оперированных более травматичным лапаротомным доступом.

Результаты сопоставления параметров сердечно-дыхательного синхронизма в дооперационном периоде у женщин, оперированных лапароскопическим и лапаротомным доступами, позволили выявить следующие закономерности.

Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона до операции практически одинакова при разных хирургических доступах, а длительность развития синхронизации на максимальной границе диапазона при лапаротомном

доступе ниже, чем при лапароскопическом, на 30% ($p < 0,001$).

Длительность восстановления исходного ритма после прекращения пробы как на минимальной, так и на максимальной границе диапазона статистически недостоверна до операции при разных хирургических доступах.

Анализ вышеназванных показателей изучаемых хирургических доступов в послеоперационном периоде показал:

исходная частота сердечных сокращений после операции при лапаротомном доступе ниже аналогичного показателя при лапароскопии на 4% ($p < 0,001$), частота дыхания – на 11% ($p < 0,001$), минимальная и максимальная границы диапазона синхронизации соответственно на 1% ($p < 0,005$), 7% ($p < 0,001$);

ширина диапазона синхронизации в послеоперационном периоде при лапаротомном доступе достоверно ниже ширины диапазона синхронизации при лапароскопии на 50%;

длительность развития синхронизации на минимальной и максимальной границах диапазона при лапаротомном доступе выше, чем при лапароскопическом, на 31%, 12% ($p < 0,001$);

длительность восстановления исходного ритма после прекращения пробы на минимальной границе диапазона при лапаротомном доступе достоверно ниже, чем при лапароскопическом, на 22%. Достоверной разницы этого показателя на максимальной границе нами не получено.

Таким образом, по результатам анализа параметров сердечно-дыхательного синхронизма, полученным при сопоставлении послеоперационного периода женщин, оперированных лапароскопическим и лапаротомным доступами, выявилась четкая закономерность снижения основных вышеназванных показателей у женщин, оперированных лапаротомным доступом. При этом снижение ширины диапазона синхронизации при лапаротомном доступе в сравнении с лапароскопическим составило 50% ($p < 0,001$).

На основании вышеприведенного анализа можно сделать вывод, что степень восстановления регуляторно-адаптивных возможностей женского организма после миомэктомии в ближайшем послеоперационном периоде у женщин, оперированных лапароскопическим доступом, больше, чем лапаротомном.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1993. – № 3. – С. 21–23.
2. Покровский В. М., Абушкевич В. Г., Борисова И. И., Потягайло Е. Г., Похотько А. Г., Хакон С. М., Харитоновна Е. В. Сердечно-дыхательный синхронизм у человека // Физиология человека. – 2002. – Т. 28. № 6. – С. 116–119.
3. Покровский В. М., Абушкевич В. Г. Проба сердечно-дыхательного синхронизма – метод оценки регуляторно-адаптивного статуса в клинике // Кубанский научный медицинский вестник. – 2005. – Т. 80–81, № 2–8. – С. 98–103.
4. Сидорова И. С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечение). – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 256 с.

Поступила 16.12.2009