

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 миомы 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

не только у начинающих, но и у самых крупных, обладающих громадным опытом хирургов.

Частота интраоперационных повреждений мочеточника при гинекологических вмешательствах по поводу доброкачественных заболеваний матки составляет 1–5%, при раке этот показатель резко возрастает — до 30%. Развитию этих осложнений способствует, с одной стороны, анатомически близкое расположение тазового отдела мочеточника к внутренним половым органам, с другой — измененное топографоанатомическое соотношение их при патологических состояниях, по поводу которых осуществляются те или иные оперативные вмешательства.

Результаты

Нами пролечено 6 пациенток, поступивших из разных стационаров г. Москвы. Так, у 3 женщин этой группы имела место травма мочеточника при экстирпации матки по поводу рака, миомы (1) и аднексэктомии (2). Все пациентки были оперированы лапароскопическим доступом. Основными причинами травмы явились термический ожог стенки мочеточника и окружающих тканей, в 1 случае — полное пересечение мочеточника. Необходимо отметить, что травма мочеточника была диагностирована у 4 пациенток в сроки от 3 до 5 суток после операции, у 2 больных по прошествии 3–4 месяцев. У всех женщин повреждение мочеточника носило односторонний характер. Травма верхних мочевых путей (ВМП) заподозрена на основании жалоб пациенток на постоянную тупую боль в поясничной области на стороне поражения. Диагноз подтверждался данными УЗИ и экскреторной урографии (ЭУ). Для восстановления адекватного пассажа мочи по ВМП нами выполнялось стентирование мочеточника внутренним JJ-стентом. В 2 случаях потребовалось выполнение пункционной нефросто-

мии. Дренирование ВМП проводилось в течение 1,5–2 месяцев. При контрольном обследовании у 2 пациенток патологические изменения в ВМП отсутствовали, что позволило трактовать ранее выявленные нарушения уродинамики как реакцию на отек окружающих мочеточник тканей в зоне операции без его повреждения. В 4 случаях определялось сужение просвета мочеточника до 1–2 мм протяженностью от 2 до 5 мм. Этим пациенткам выполнена эндоскопическая баллонная дилатация стриктуры мочеточника с установлением эндотомического стента сроком на 2–3 месяца. В 2 случаях выполнена операция Боари — в случае полного пересечения мочеточника и после неудовлетворительного результата эндоскопической баллонной дилатации при грубых рубцовых изменениях стенки мочеточника. При повторном обследовании у всех больных функция ВМП была удовлетворительной.

Заключение

В лечении ятрогенных травм мочеточника считаем целесообразным придерживаться следующей тактики — при выявлении повреждения мочеточника дренировать ВМП катетером-стент, при технической невозможности ретроградного дренирования — перкутанная нефростомия. В отсроченном порядке использовать минимально инвазивные методики, в частности эндоскопическую баллонную дилатацию, которая позволила в подавляющем числе наблюдений восстановить адекватную проходимость мочеточника. Открытые реконструктивные операции показаны при протяженных стриктурах, выраженном рубцовом процессе и рецидиве сужения после эндоскопических пособий, а также при полном отсутствии сообщения между проксимальной и дистальной частью мочеточника (клипирование, прошивание, пересечение).

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ МИОМЭКТОМИЯ: ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

© К. В. Пучков, Ю. Е. Андреева, А. Л. Мельников

Медицинский центр Управления делами мэра и Правительства Москвы;
Медицинское сообщество Деталь, Москва, Россия

Актуальность проблемы

С каждым годом увеличивается количество пациенток различных возрастных групп с диагнозом миома матки, настаивающих на органосохраняющем оперативном лечении. Это обусловлено не только желанием женщин сохранить репродуктивную функцию, но также

и стремлением к сохранению менструальной функции и матки как органа, что для многих пациенток является важным показателем качества жизни. Необходимо признать право пациентки настаивать на реконструктивно-пластической операции на матке, т. е. только наличие онкологического процесса в матке является абсолют-