

УДК 618.14-006.363.03-08-036.8-053.84

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНЫХ МЕТОДОВ ОРГАНООХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН С СУБМУКОЗНОЙ МИОМОЙ МАТКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

*ЧАЙКА К.В., ПИСАРЕВА О.Л.*

г. Донецк

Миома матки является одной из актуальнейших проблем современной гинекологии, поскольку является одним из самых распространенных доброкачественных заболеваний женских половых органов. Выбор метода лечения определяется большим количеством факторов, в частности особенностями патогенеза, формой, темпом роста опухоли, локализацией, размерами, возрастом больной, состоянием ее менструальной и репродуктивной функции, тяжестью симптомов заболевания, наличием сопутствующей патологии. Сохранение матки и профилактика рецидива миомы матки, особенно у молодых женщин, является одним из ведущих направлений современной хирургии, что позволяет сохранить менструальную и фертильную функцию. Наиболее патогенетически обоснованной является концепция комбинированного лечения этого заболевания: различные сочетания хирургического и медикаментозного лечения.

Целью проведенного исследования было повысить эффективность лечения субмукозной миомы матки I, II типа, с размером миоматозного узла не более 5 см в диаметре путём усовершенствования методов органосохраняющего лечения.

Все обследованные пациентки были разделены на две группы. В первой группе лечение проводилось по модифицированной схеме, которая включала двухэтапную гистерорезектоскопию с медикаментозным лечением. Во второй группе пациентки получали терапию по традиционной схеме, включающей медикаментозную терапию с последующей гистерорезектоскопической миомэктомией.

В результате лечения у всех пациенток отмечено уменьшение размеров узла, более выраженное в первой группе. Кроме того при использовании модифицированной схемы произошло изменение типа узла, что позволило выполнить радикальное его удаление в 93,3%, тогда как при использовании традиционного подхода данный показатель составил 80%.

Таким образом, эффективность гистерорезектоскопии можно повысить путем применения модифицированной схемы лечения подслизистых узлов I, II типа, размером не более 5 см в диаметре, в основе которой лежит метод выделения и ишемизации капсулы субмукозного узла.

УДК: 618.3-06:615.384-036.8:612.1:542.65

## **ОСОБЕННОСТИ КРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И В ДИНАМИКЕ ТРАНСФУЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ**

*ЧЕРНЫХ С.В., СЛЮСАРЬ Т.И., ГОВОРУХА И.Т.*

г. Донецк

Фундаментальные исследования последних лет доказали универсальность механизмов активации процессов воспаления, эндотелиальной дисфункции, нарушений гемостаза, метаболизма, формирования эндогенной интоксикации в развитии тяжелых акушерских осложнений [ 2, 4, 8 ].

Широкие возможности изучения состояния гомеостаза при различных патологических состояниях открывают методы оценки морфологической картины биологических жидкостей [7]. Метаболические процессы, протекающие в клеточной части организма, оказывают влияние на состав его жидкостной среды, а структурная форма твердой фазы биожидкости является более устойчивой, доступной и удобной для анализа. При удалении деструктурирующего элемента (воды) получают фазию – пленку, на которой зафиксирован рисунок пространственного расположения элементов, ранее находившихся в растворенном состоянии. Полученный информационный комплекс позволяет отличать физиологическую картину от патологической, а в патологической картине дает возможность выявить наиболее важные составляющие диагностической информации. При акушерских осложнениях, которые развиваются на фоне гестационных изменений в организме женщины, большинство отклонений в гематологической, биохимической, иммунологической системах являются уже поздними проявлениями длительного повреждения сосудистого русла, рутинные методы исследования зачастую не отражают глубину нарушений гомеостаза, поэтому остается актуальной проблема более раннего их выявления.

В настоящее время все тяжелые клинические ситуации в акушерстве требуют проведения комплексной интенсивной терапии, при этом реальным способом получить многогранные лечебные эффекты является применение методов трансфузиологической гемокоррекции [6].

**Целью** настоящего исследования явилось изучение диагностических возможностей оценки структурно-оптических свойств сыворотки крови при осложненном течении беременности и в динамике эфферентной терапии.

### Материалы и методы исследования

Обследованы 185 пациенток отделения акушерской реанимации и интенсивной терапии: 113 беременных с преэклампсией (ПЭ) средней и тяжелой степени и 72 беременные с острым пиелонефритом (ПН). Основную группу (I) составили 84 беременных с ПЭ и ПН, которым в комплекс лечебно-профилактических мероприятий был включен лечебный плазмаферез (ПА): подгруппа I ПЭБ – 51 беременная с ПЭ, подгруппа I ПНБ – 33 беременные с острым ПН. В группу сравнения (II) вошли 101 беременные с ПЭ и ПН, которым проводились традиционные лечебно-диагностические мероприятия: подгруппа II ПЭБ – 62 беременных с ПЭ, подгруппа II ПНБ – 39 беременных с острым ПН. Группу контроля (III) для беременных с ПЭ и ПН составили 58 здоровых беременных (III Б).

Беременным основной группы всего выполнено 303 сеанса прерывистого (центрифуга «ROTANTA 460 RS+», Hettich, Германия) или непрерывного мембранного (аппараты «Гемос ПФ-12», «Гемофеникс», Россия) ПА. За один сеанс ПА эксфузировали 20-40 % объема циркулирующей плазмы, плазмозамещение проводили в соотношении 1:1,5-2 кристаллоидными растворами, раствором 10 % гидроксипропилированного крахмала («Рефортан» ГЭК 10%, Берлин-Хеми АГ, Германия), по показаниям – 10 % раствором альбумина, донорской свежезамороженной плазмой, а также 1-2 дозами иммуноглобулина человеческого нормального для внутривенного введения («Биовен-Моно», Биофарма, Украина).

Использование в качестве плазмозамещающего раствора препарата ГЭК («Рефортан плюс» 10%) позволяет провести сеансы ПА у критических больных в стабильных гемодинамических условиях, а также потенцирует многие позитивные эффекты эфферентной терапии – детоксикационный, реокорректирующий, иммуномодулирующий, связанные с гемодилюцией, снижением вязкости крови, нормализацией ее коагуляционного потенциала, улучшением микроциркуляции, функции печени, почек, непосредственным удалением токсинов, вазоактивных веществ, патологических иммунных комплексов из кровеносного русла, стабилизацией клеточных мембран [3,5].

У всех женщин были изучены клинико-биохимические, морфологические показатели, маркеры эндогенной интоксикации (ЭИ), функция системы гемостаза, иммунной системы, оценена функция печени, почек, фетоплацентарного комплекса. Морфотипирование сыворотки крови беременных исследуемых групп проводили с использованием метода клиновидной дегидратации (Шабалин В.Н., Шатохина С.Н., 1996,2000, модиф. Гаврилова А.О.,

2005г.). Оценка структурообразующих элементов фации сыворотки крови проводилась с помощью стереомикроскопа «GRANUM». В зависимости от системного построения фации оценивались следующим образом:

- физиологическое структуропостроение характеризовалось сохраненной системной организацией, симметричным расположением радиальных трещин, равномерными секторами, наличием множественных прямоугольных отдельностей, оформленных круглых конкреций небольшого размера;
- умеренный уровень структурной организации характеризовался не четким радиально-симметричным рисунком с неполноценным формированием трещин, наличием меньшего количества отдельностей и конкреций;
- низкий уровень структурной организации характеризовался отсутствием радиально-симметричного рисунка, секторального ритма, аморфизацией центральной зоны, нарушением симметричности структур, хаотичным расположением трещин, неоформленных отдельностей и конкреций или их отсутствием, разрывами в краевой зоне, появлением нескольких центров, картины двойной фации,
- дезорганизация структуропостроения характеризовалась аморфизацией центральной и краевой зон, отсутствием системного и подсистемного построений, структурных элементов, наличием глыбчатых структур по всему полю фации. Оценка изучаемых показателей и структуру фации сыворотки крови беременных проводили при поступлении пациенток в стационар, а также на фоне традиционной и в процессе эфферентной терапии (после каждого сеанса ПА).

### Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенных исследований было выявлено, что у здоровых беременных (группа III Б) фации характеризовались физиологическим структуропостроением, системной организацией, радиально-симметричным рисунком (рис.1).

		
<p><b>Рис.1. Фация сыворотки крови здоровой беременной – физиологический уровень структуропостроения.</b></p>	<p><b>Рис.2. Фация сыворотки крови беременной с ПЭ средней степени тяжести – низкий уровень структуропостроения.</b></p>	<p><b>Рис.3. Фация сыворотки крови беременной с ПЭ тяжелой степени – полная дезорганизация структуропостроения.</b></p>

До лечения ни у одной пациентки с акушерскими осложнениями морфологическая картина фации сыворотки крови не соответствовала норме (табл.1). У беременных с ПЭ средней и тяжелой степени в подавляющем большинстве случаев отмечался низкий уровень структурной организации (рис. 2) – у 42 (82,35 %) больных основной и 51 (82,26 %) группы сравнения, что соответствовало 1-2 степени ЭИ. У 9 (17,65 %) беременных основной группы и 11(17,74 %) – группы сравнения при клинической картине тяжелой ПЭ и 2-3 степени ЭИ отмечалась полная дезорганизация картины фации сыворотки крови (рис. 3). Эти изменения отражали последствия тканевой гипоксии, ЭИ, приводящих к нарушению баланса белковых, липидных, электролитных структур, находящихся в плазме крови, а также к полиорганной дисфункции и недостаточности.

**Динамика морфологической структуры фаций сыворотки крови у беременных до и после комплекса лечебных мероприятий, n (%)**

Системное построение фации	Группы беременных							
	I ПЭБ (n=51)		II ПЭБ (n=62)		I ПН (n=33)		II ПН (n=39)	
	до	после	до	после	до	после	до	после
Физиологическое	0	0	0	0	0	26 (78,79)*	0	5 (12,82)* **
Умеренный уровень	0	37 (72,55)*	0	0	0	7 (21,21)*	0	18 (46,15)* **
Низкий уровень	42 (82,35)	12 (23,53)*	51 (82,26)	45 (72,58)* **	28 (84,85)	0	33 (84,62)	15 (38,46)* **
Дезорганизация	9 (17,65)	2 (3,92)*	11 (17,74)	17 (27,42)* **	5(15,15)	0	6 (15,38)	1 (2,57)*

Примечания: \* - различие показателей до и после лечения достоверно ( $p < 0,05$ );

\*\* - различие показателей в сравниваемых группах достоверно ( $p < 0,05$ ).

У беременных с ПН полная дезорганизация структуропостроения фации сыворотки крови выявлена у 5 (15,15 %) беременных основной группы и у 6 (15,38 %) – группы сравнения и соответствовала лабораторной диагностике 2-3 степени ЭИ. Низкий уровень структурной организации фации наблюдался у 28 (84,85 %) беременных основной группы и у 33 (84,62 %) – группы сравнения и соответствовал 1-2 степени ЭИ.

Как отражение состояния гомеостаза на фоне эфферентной терапии, позитивные изменения структуры фации сыворотки крови произошли у всех пациенток группы I ПН (n=33) и у 72,5 % - I ПЭБ (n=51), а на фоне традиционной терапии – у 60 % беременных группы II ПН (n=39), в то время как у беременных группы II ПЭБ (n=62) не отмечалось улучшения картины фации сыворотки крови, а наоборот регистрировалось увеличение количества случаев дезорганизации ее структуропостроения с 17,6 до 27,4 % ( $p < 0,05$ ).

Проведенные нами исследования позволили обнаружить положительное влияние ПА на все патогенетические звенья развития акушерских осложнений. Примечательно то, что степень структурных нарушений фаций сыворотки крови высоко коррелировала с показателями ЭИ ( $r > 0,6$ ) и имелись некоторые особенности их динамики на фоне эфферентной терапии: после первой процедуры ПА улучшение кристаллографической картины сыворотки крови было еще неустойчивым, вслед за улучшением картины в первые сутки после ПА, к третьим суткам после него в структуре фации отмечали некоторый возврат к патологической организации, что диктовало необходимость продолжения эфферентной детоксикации. Более стабильная нормализация структуропостроения фации сыворотки крови регистрировалась после повторных сеансов ПА и по окончании курса эфферентной терапии ( $p < 0,05$ ).

### Выводы

1. Патологические изменения гомеостаза, происходящие при преэклампсии и пиелонефрите, существенным образом изменяют структуропостроение фации сыворотки крови беременных, причем динамика этих изменений опережает появление клинических признаков и некоторых лабораторных показателей.
2. Положительное влияние плазмафереза на биохимические, реологические показатели крови, функцию систем гемостаза, иммунитета, детоксикации находит свое отражение в улучшении морфологической картины фации сыворотки периферической крови.
3. Кристаллографический метод может быть использован для диагностики, определения показаний к эфферентной терапии и контроля ее эффективности, своевременной коррекции проводимого лечения.



## ЛІТЕРАТУРА

1. Гаврилов А.О., Сергеев А.И., Сергеева Д.А., Королев М.Л. Диагностическое и прогностическое значение морфотипирования сыворотки крови в перинатальном периоде у беременных с гестозом различной степени тяжести. – М., 2005. – 113 с.
2. Макацария А. Д. Синдром системного воспалительного ответа и осложнения в акушерстве и гинекологии / А. Д. Макацария, В. О. Бицадзе, С. В. Акиншина // Материалы семинара «Новые медицинские технологии в акушерстве, гинекологии и неонатологии». – М., 2005. – С. 35-39.
3. Рагимов А.А., Соловьева И.Н. Трансфузиологические методы гемокоррекции. - М.: «ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА», 2005.- 110 с.
4. Серов В. Н. Критические состояния в акушерстве / В. Н. Серов, С. А. Маркин. – М., 2003. – 241 с.
5. Федорова Т.А., Рогачевский О.В., Очан А.С. Коррекция гиперкоагуляции у беременных с использованием прерывистого плазмафереза в сочетании с 10% ГЭЖ // Украинський журнал екстремальної медицини ім. Г.О. Можаяєва. – 2011. – Т.12, №2 – С.129-132.
6. Черных С.В. Современные трансфузиологические методы гемокоррекции: возможности применения в акушерстве и гинекологии // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2012. – № 3(54). – С. 34-43.
7. Шабалин В. Н. Морфология биологических жидкостей человека / В. Н. Шабалин, С. Н. Шатохина. – М.: Хризостом, 2001.- 304 с.
8. Inflammatory markers in preeclamptic patients / M. Can, E. Sancar, M. Harma [et al.] // Clin. Chem. Lab. Med. – 2011. – Vol. 49, № 9. – P. 1469-1472.

УДК 618.1—089:615.832.74

## БИОЛОГИЧЕСКАЯ СВАРКА ТКАНЕЙ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ КАК ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

ЧУРИЛОВ А.В., КУШНИР С.В., ПОПАНДАПУЛО АД.

г.Донецк

Одной из актуальных задач оперативной гинекологии является профилактика гнойно-септических осложнений. Применяемые в настоящее время методы профилактики, такие как медикаментозные, применение иммунокорректирующих средств, физиотерапевтических методов лечения не в полной мере отвечают современным требованиям. По современным данным, частота гнойно-септических осложнений в оперативной гинекологии составляет от 5 до 20% [2-4]. Одной из многочисленных причин осложнения является использование шовного материала, который по своей сути является инородным телом и сопровождается выраженной реакцией окружающих тканей в местах лигирования тканей. При решении данной проблемы отечественными учеными был создан медицинский сварочный комплекс, позволяющий до минимума сократить использование шовного материала и как следствие избежать связанных с этим проблем. Принцип действия сварочного комплекса основан на эффекте электротермической денатурации белковых молекул. Установлено принципиальное отличие влияния на живую ткань процесса сваривания в сравнении с широко применяемым процессом коагуляции. Процесс коагуляции вызывает ожог и омертвление ткани в месте нагревания в то время, как при применении сварочной технологии достигается зна-