

ОРГАНИЗАТОРЫ

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени
В.И. Кулакова»

Российское общество акушеров-гинекологов
Конгресс-оператор ЗАО «МЕДИ Экспо»

МАТЕРИАЛЫ

**X юбилейного Всероссийского
научного форума**

Мать и дитя

Москва

Центр международной торговли

29 сентября—2 октября 2009г.

Главный редактор:

Г.Т. Сухих

Редакторы:

В.Н. Серов

И.И. Баранов

Москва 2009

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ: ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ

**Ткаченко Л.В., Рыбак В.А.,
Курушина О.В., Атагаджиева М.С.**

*Волгоградский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, кафедра неврологии,
Волгоград, Россия*

В настоящее время проблема предменструального синдрома (ПМС) привлекает к себе внимание врачей различных специальностей. Его наличие значительно снижает профессиональную и бытовую трудоспособность, уровень социальной адаптации. К наиболее частым и постоянно встречающимся во всех возрастных группах проявлениям относят нервно-психические нарушения и болевые синдромы, которые преобладают в клинической картине и значительно ухудшают качество жизни женщин. Клиническая практика демонстрирует, что ПМС достаточно часто ассоциируется с фибромиалгией (ФМ), причем не только в собственно предменструальном периоде. Работ, посвященных анализу связи ПМС и ФМ, как основы срыва социальной адаптации в доступной литературе мы не встретили.

Нашей целью был анализ психоэмоционального статуса, алгических феноменов и качества жизни у женщин с ПМС. Было обследовано 76 женщин репродуктивного возраста. Для выявления психо-эмоциональных нарушений применяли сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ). Клинико-неврологический статус изучался с оценкой диагностических критериев ФМ, исследования порогов болевой чувствительности (ПБЧ). Измерялись болевые пороги в актуальных, нейтральных зонах с расчетом суммарной средней величины. Исследование проводилось методом электроаллометрии с помощью модифицированного прибора «Мирабель». Оценка степени боли проводилась с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Качество жизни оценивалось с помощью опросника SF-36. Наблюдение проводилось во время трех менструальных циклов.

В результате сопоставления усредненных профилей теста СМОЛ выявило их умеренное повышение во вторую фазу менструального цикла, причем наибольшие изменения касались шкалы тревожности, «невротической триады». Психическая неуравновешенность возросла с 6,0 до 8,8 баллов, эстетическая впечатлительность – с 5,5 до 7,4 баллов, тревожность – с 4,2 до 7,8 баллов, астения с – с 5,4 до 7,9 баллов, шизоидность – с 6,0 до 8,6 баллов. Выявлена тенденция к снижению болевых порогов у женщин, страдающих ПМС, но Средний уровень болевых порогов у пациенток с ПМС и ФМ был достоверно ниже.

Анализ опросника качества жизни продемонстрировал, что по шкалам, относящимся к физическому здоровью пациенток показатели были выше, чем по шкалам психического компонента. Но в группе женщин с сочетанием ПМС и ФМ наблюдалось снижение результатов по обеим группам одновременно.

Учитывая, что ФМ представляет собой «модель» нарушения функционирования антиноцицептивной системы, их высокая сопряженность с ПМС во всех

фазах менструального цикла подчеркивает важную роль нейротрансмиттерной дефицитарности в патогенезе ПМС.

Таким образом, болевые проявления и психоэмоциональные нарушения являются ведущими среди клинических проявлений предменструального синдрома и отрицательно влияют на качество жизни и уровень социальной адаптации пациенток.

ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРУБНО- ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

**Ткаченко Л. В., Михин И. В.,
Бебуришвили А. Г., Минаева Е. А.**

*Волгоградский медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, кафедра факультетской хирургии, Волгоград, Россия*

Целью настоящего исследования являлось улучшение результатов реконструктивно-пластических операций при трубно-перитонеальном бесплодии с применением барьерных средств.

Было выполнено 48 лечебно-диагностический лапароскопий у больных с трубно-перитонеальным бесплодием. Первичное бесплодие выявлено у 30 пациенток, вторичное у 18. Все женщины были разделены по группам в зависимости от степени распространения спаечного процесса в малом тазу (в соответствии с классификацией S. Hulka. 1978г.). Группа А – пациентки с первой и второй степенью распространенности спаечного процесса (n=29). Группа В – с третьей и четвертой степенью распространенности спаечного процесса (n=19). При поступлении в стационар всем женщинам до операции проводили комплексное клинико-лабораторное обследование, трансвагинальное исследование органов малого таза, гистеросальпингографию. Определение конституционального фермента N-ацетилтрансферазы выявило: медленный тип ацетилирования у 9 (18,7%) пациенток и быстрый тип ацетилирования у 39 (18,3%), что свидетельствует о склонности организма к образованию спаек. Разделение спаек в полости малого таза выполнено 48 пациенткам с последующей фимбриопластикой – 11, терминальной сальпингостомией – 16, цистэктомией – 15, коагуляцией эндометриоидных очагов – 6. Интраоперационно применяли следующие противоспаечные барьерные средства: «Адепт» у 8 больных, «Мезогель» у 38 больных, «Спрейгель» у 2 пациенток. Это позволяет ограничить раневую поверхность, предрасполагающую к рецидиву образования спаек в малом тазу, уменьшая воспалительную реакцию в зоне операции в результате травмы брюшины, за счет ограничения серозных поверхностей с помощью защитных пленок на мезотелии. С 5-9-х суток послеоперационного периода на фоне антибактериальной терапии больным, перенесшим пластику маточных труб, проводили курс физиотерапии, который включал в себя: лазеротерапию, электрофорез с химотрипсином. На 3 и 10 сутки всем пациенткам производили послеоперационную ультразвуковую диагностику спа-

ек в малом тазу. Плановую динамическую лапароскопию выполнили через 6-10 дней после оперативного вмешательства 8 женщинам, которым интраоперационно был введен «Адепт».

Эффективность лапароскопического адгезиолиза в сочетании с применением противоспаечных барьерных средств оценивали по результатам динамической лапароскопии, трансвагинального ультразвукового исследования органов малого таза, гистеросальпингографии. Так при динамической лапароскопии 3 пациенткам из 8 (после введения Адепта) потребовалось дополнительное разъединение единичных рыхлых сращений. Повторное введение препарата не потребовалось, ввиду достаточного остатка препарата в брюшной полости. Ультразвуковое исследование малого таза, выполненное всем пациентам через 2-10 дней после введения «Мезогеля», указало на наличие свободной жидкости в малом тазу, подтверждая тем самым длительность терапевтического эффекта данного препарата. Гелевая основа противоспаечного барьерного средства обеспечивает длительное нахождение препарата в брюшной полости и не требует повторных введений. По данным метросальпингографии после пластики маточных труб полная проходимость таковых восстановлена у 11 (22,9%) пациенток группы А и у 5 (10,4%) пациенток группы В. У 7 (14,5%) пациенток из обеих групп наступила беременность. У 3 пациенток группы А и 3- группы В беременность закончилась своевременными родами. Двум пациенткам группы В перенесшим пластику маточных труб в последующем выполнена тубэктомия по поводу прогрессирующей трубной беременности. Три пациентки из этой же группы были повторно оперированы в связи с рецидивным образованием гидросальпинксов. Им была выполнена тубэктомия, с целью подготовки к ЭКО.

Таким образом, хирургическое лечение трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом в сочетании с интраоперационным применением противоспаечных барьерных средств позволяет избежать рецидива спаечного процесса в малом тазу в 43% случаев. Применение противоспаечных барьерных средств необходимо рассматривать как один из методов лечения и профилактики спайкообразования, способствующий повышению фертильности пациенток с трубно – перитонеальным бесплодием.

ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ МЕТОДОМ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ АКТОВЕГИНА

**Ткаченко Л.В., Агапов В.К., Горюнова Т.В.,
Беляков Г.А., Скуберт В.С., Климов М.М.**

*Волгоградский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ,
Волгоград, Москва, Россия*

Целью исследования явилось уменьшение выраженности «постэмболизационного синдрома» за счет увеличения паринхиматозного кровотока и снижения гипоксии тканей миоматозно измененной матки пу-

тем предварительного введения актовегина (патент № 2006104719/14(005109)).

С сентября 2004 года по текущий 2009 год выполнена ЭМА 114 пациенткам с миомой матки, из них у 85 проведена манипуляция в модифицированной методике и в 29 случаях выполнена стандартная эмболизация. Модифицированная методика эмболизации маточных артерий разработана для уменьшения выраженности «постэмболизационного синдрома» за счет предварительного введения актовегина с целью увеличения паринхиматозного кровотока и снижения гипоксии тканей миоматозно измененной матки до проведения ЭМА, что способствует более качественной эмболизации вследствие проникновения частичек ПВА в спазмированные ранее капилляры миомы и, соответственно, уменьшению ишемических участков в ней и улучшению кровоснабжения в здоровых тканях миометрия, что предотвращает развитие грубых морфологических изменений в матке, приводящих к постэмболизационным осложнениям.

В результате проведенных исследований постэмболизационный период после проведения стандартной ЭМА характеризовался разнообразными посэмболизационными симптомами: боли различной интенсивности в гипогастриальной и поясничной области, гипертермия до 38 С и выше, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта, дизурия, симптомы острого живота, меноррагии, лейкоцитоз, недомогание, слабость. Купирование проявлений посэмболизационного синдрома выполнено консервативными методами (симптоматическая терапия) и привело к стабилизации состояния больных через 3-5 суток.

Внедрение новой методики ЭМА привело к более благоприятному течению постэмболизационного периода, позволило сократить пребывание больных в стационаре. После модифицировано ЭМА в первые двое суток выписано 65,9% больных. Отмечено уменьшение узлов миомы в первые сутки у 73,2% пациенток. Почти у 60% боли после ЭМА были слабо выражены или отсутствовали. В нашей практике не было отмечено у больных после ЭМА, проведенной в новой модификации, нарушение функции кишечника и мочевого пузыря, метроррагии и септического состояния, а так же необходимости срочной гистерэктомии. Динамика уменьшения размеров миомы матки не отличалась в обеих группах. Большая часть пациенток находится под наблюдением 2-3 года, им проводится динамический контроль за состоянием узлов миомы с помощью МРТ и СКТ малого таза; иммунологические исследования крови – определение уровня половых стероидов, факторов некроза опухоли.

Таким образом, разработанная оригинальная модификация эмболизации маточных артерий при лечении миомы матки с предварительным внутриаартериальным введением актовегина является эффективной и позволяет достичь более благоприятного течения постэмболизационного периода.