

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Корнетов, Н.А. Депрессивные расстройства – диагностические «невидимки» в психиатрической и общемедицинской практике / Н.А. Корнетов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Вып. 3. – С. 85-90.

2. Краснов, В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т.9, №4. – С. 5-9.

**ПРЕИМУЩЕСТВА ГИСТЕРОСКОПИИ
КАК ОДНОГО ИЗ МЕТОДОВ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ПАТОЛОГИИ МАТКИ**

Матейкович Е.А., Дронь А.Н.
ГОУ ВПО ТюмГМА, Росздрава
Тюмень, Россия

В настоящее время эндоскопические методы занимают ведущее место в диагностике различных заболеваний гениталий, в хирургическом их лечении, послеоперационном ведении больных. Особое значение представляет использование гистероскопии при патологических изменениях матки. Появление гистероскопии изменило решающим образом наше представление о диагностике внутриматочной патологии и изменениях эндометрия, что способствовало своевременному началу лечения, позволило использовать органосохраняющие методы хирургического лечения. Ранняя диагностика внутриматочной патологии является важным этапом в профилактике злокачественных заболеваний матки.

Цель работы – провести анализ структуры внутриматочной патологии, определить частоту и эффективность применения эндоскопических методов для её диагностики и лечения.

Материалы и методы

На базе гинекологического отделения родильного дома №3 проанализированы истории болезни женщин, которым была выполне-

на гистероскопия и резектоскопия с целью диагностики и лечения внутриматочной патологии. В специально разработанную карту внесли возраст пациенток, данные, отражающие диагноз, особенности течения операции и послеоперационного периода, результаты гистологического исследования.

Результаты

Гистероскопия с диагностической и лечебной целью была выполнена 131 женщине в возрасте от 22 до 66 лет.

Во всех случаях применялся жидкостный метод с использованием неэлектролитного 5% раствора глюкозы (гистероскоп фирмы LAWTON, Германия).

Из данных, представленных в табл. 1 видно, что наиболее часто лечебно – диагностическая гистерорезектоскопия выполнялась по поводу гиперпластических процессов эндометрия, таких как полип эндометрия в 52% случаев и гиперплазия - 10%.

На гистологическом исследовании полипы эндометрия имели следующую морфологическую структуру (табл. 2.)

Гиперплазия эндометрия по результатам гистологического исследования выявлена следующих типов: железистая у 8 пациенток (61%), железисто – кистозная в 4 (31%) случаях, железисто – кистозная с очаговой атипией – 1 (8%).

При полипах эндометрия выполнялась электрорезекция с коагуляцией ложа полипа, а при гиперплазии эндометрия – резекция патологически измененных участков эндометрия.

При субмукозной форме миомы матки была выполнена полная или частичная резекция узла.

С диагностической целью для исключения внутриматочной патологии гистероскопия проведена у 18 (13,7%) пациенток с бесплодием, как первичным в 17% случаев, так и вторичным – 83%, а также с миомой тела матки смешанной формы и при нарушениях менструального цикла в 4,6% и 2,3% соответственно. Во время операции и в послеоперационном периоде осложнений не было.

Таблица 1.

Патология	Средний возраст женщин	Количество пациенток, перенесших гистероскопию или гистерорезектоскопию n (%)
Полип эндометрия	41 г.	68 (52)
Sterilitas	33 г.	18 (13,7)
Гиперплазия эндометрия	38 л.	13 (10)
Миома тела матки субмукозная форма	48 л.	13 (10)
Полип цервикального канала	43 г.	7 (5,3)
Плацентарный полип	32 г.	6 (4,6)
Миома тела матки смешанная форма	45 л.	6 (4,6)
Нарушение менструального цикла	31 г.	3 (2,3)
Остальная патология	50 л.	4 (3)

Таблица 2.

Критерии	Железистый полип эндометрия, n = 20 (29,4%)		Железисто-фиброзный полип эндометрия, n = 48 (70,6%)	
	Функционально активный	Функционально неактивный	Функционально активный	Функционально неактивный
Количество пациенток	13 (19,1%)	7 (10,3%)	14 (20,6%)	34 (50%)
Репродуктивный период	10 (14,7%)	4 (5,9%)	13 (19,1%)	14 (20,7%)
Период пременопаузы	1 (1,5%)	3 (4,4%)	-	3 (4,4%)
Период менопаузы	1 (1,5%)	-	1 (1,5%)	7 (10,2%)
Период постменопаузы	1 (1,5%)	-	-	10 (14,7%)

Выводы: 1. Ведущее место в структуре внутриматочной патологии занимают гиперпластические процессы эндометрия, такие как полип и гиперплазия. 2. Гистероскопические вмешательства характеризуются низкой частотой интра – и послеоперационных осложнений, сокращаются сроки пребывания больных в стационаре и послеоперационной реабилитации. 3. Гистероскопия при бесплодии может использоваться как для уточнения характера патологии матки, приведшей к бесплодию, так и для выбора метода лечения.

Таким образом, в настоящее время гистероскопия признана золотым стандартом изучения патологии полости матки и используется как для уточнения характера, так и для лечения патологии матки. Этот метод значительно расширяет диагностические возможности при выявлении внутриматочной патологии (гиперплазия эндометрия, субмукозный узел и др.), позволяет быстро скорректировать тактику ведения больных, выбрать метод лечения (консервативный, хирургический), позволяет проводить контроль эффективности лечения и выполнять оперативные манипуляции. Данные операции являются органосохраняющими, что очень важно для больных в детородном возрасте.

АНАТОМИЯ ПОЯСНИЧНЫХ СТВОЛОВ БЕЛОЙ КРЫСЫ

Петренко В.М.

*Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова
Санкт-Петербург, Россия*

Строение поясничного лимфатического русла (ПЛР) белой крысы описано в единичных работах и противоречиво (Жданов Д.А., 1942; Иосифов И.М., 1944; Рахимов Я.А., 1968). Принято считать, что у крысы пояснич-

ные стволы (ПС) начинаются от подвздошных или каудальных поясничных лимфоузлов (ЛУ). Мной проведено исследование строения ПЛР у 100 белых крыс обоего пола 3-8 мес после инъекции синей массы Герота.

У крысы ЛУ гораздо меньше, чем у человека. Подвздошные ЛУ обнаружены у 63% крыс, чаще справа (50%), обычно один, редко два. Напротив, каудальные левые поясничные ЛУ более постоянны (100%) и многочисленны, чем правые (60%). Они находятся около бифуркации аорты. Краниальные поясничные ЛУ (левые – 94%, правые – 90%) размещаются около почечных ножек. По синтопии левые поясничные ЛУ являются латероаортальными, каудальные правые – латерокавальными, краниальные правые – чаще ретрокавальными, реже – интераортокавальными. Поясничные ЛУ – чаще одиночные, особенно каудальные, среди краниальных левых 2-3 ЛУ встречаются чаще, чем среди правых. Общее количество поясничных ЛУ крысы колеблется в пределах от 3 до 11 ($5,9 \pm 0,4$), наиболее постоянными и многочисленными оказываются левые латероаортальные ЛУ. Средние поясничные ЛУ редко встречаются: прекаральные – у 4% крыс, започечные – у 6% (у самцов). Между каудальными (а в их отсутствие – подвздошными) и краниальными поясничными ЛУ протягиваются крупные лимфатические сосуды, которые я назвал межузловыми поясничными стволами (МУПС) – правый и левый, иногда – средний ($16,6 \pm 6,8\%$ крыс). Между МУПС образуются непостоянные ($40,0 \pm 8,9\%$) полиморфные анастомозы, вдвое реже, чем между правыми и левыми поясничными ЛУ человека. Поэтому сплетениевидная конструкция ПЛР у крысы встречается в 8,2 раза реже, чем у человека, а комбинированная (с элементами сплетений) – в 1,9 раза реже. Сплетения обычно находятся в краниальной (на уровне ПС – $16,6 \pm 6,8\%$ крыс)