

креатита – достигала 5,4%. У больных II группы частота хронического холецистита составила 41,4%, распространённость хронического гепатита достигла 26,5%, а встречаемость хронического панкреатита выросла до 22,2%. Таким образом, за истекшие 5 лет сопутствующая патология гепатобилиарной и панкреатической систем у наблюдавшихся нами больных **выросла в 3,6 раза**, что также могло провоцировать развитие гипертонических кризов и транзиторных ишемических атак.

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ И ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

¹Попельшева А.Э., ²Калягин А.Н.,
¹Родиков М.В., ¹Лебедева П.В.

¹Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого;

²Иркутский государственный медицинский университет, e-mail: akalagin@yandex.ru

В России проживает более 1 млн. чел., перенесших мозговую инсульт (И), причем 80% из них являются инвалидами. Сосудистые осложнения являются причиной летальности в 72% в сроки до 30 дней и в 43% случаев – в более поздние сроки (R. Sacco et al., 1994).

Самым инсульт-зависимым гемодинамическим показателем является систолическое АД (САД). В трайле UKITA (1991) установлено увеличение риска развития И на 34% при повышении САД на 12,5 мм рт. ст. Ч.П. Ворлоу и соавт. (1998) отметили увеличение риска развития И в 4 раза при уровне АД 160/95 и в 10 раз – при 200/115 мм рт. ст. Однако диастолическое АД (ДАД) также способно увеличить риск И: повышение ДАД на 7,5 мм рт. ст. у нормотензивных лиц увеличивает риск развития И в 2 раза (S. MacMahon et al., 2000, М.Дж. Хенне-рицы, 2008). Важным является и тот факт, что повышение САД > 180 мм рт. ст. в первые 6 ч, а также снижение ДАД ≥ 5 мм рт. ст. в течение 6-24 ч от начала И являются независимыми предикторами функциональных нарушений по шкале NIHSS (P. Armario, 2008). Исследование TICA (R. Leira, 2009) подтвердило, что прогностически неблагоприятным уровнем АД при поступлении и исходом И через 3 мес. было САД > 181 И < 136 мм рт. ст. Данные исследований (1991-2010) о влиянии АД на клинические исходы И, проанализированные в метаанализе 34 проспективных исследований (n = 33470), в котором показаны неоднозначные результаты: отрицательная связь между повышенным уровнем АД и клиническими исходами И (10 исследований), связь клинического улучшения И с более высоким уровнем АД (7 исследований), гетерогенная связь между уровнем АД и течением И (18 исследований:

связь клинического ухудшения со снижением АД в острый период, отсутствие связи между АД и течением И и др.) (G. Ntaios et al., 2010). V. Giantin et al. (2010) в старшей возрастной группе 54 лиц (66-96 лет), перенесших ишемический инсульт (ИИ), не отметил корреляции возраста, тяжести И при поступлении, истории АГ, наличие фибрилляции предсердий и исходного уровня АД со степенью тяжести неврологической симптоматики (шкала NIHSS) и когнитивных нарушений, но выявил зависимость между снижением АД в течение первых 24 ч и в течение первой недели с тяжестью И по шкале NIHSS. По данным АНА (2009), увеличение САД после 24 ч на каждые 10 мм рт. ст. повышает риск ухудшения неврологической симптоматики на 20%. Значения САД на 12-ти и 36-ти ч после И независимо от уровня АД, являются прогностическими показателями исхода И, а для кардиоэмболического подтипа – это предиктор неврологических осложнений в течение первых 3 недель. А. Pezzini et al. (2011) установил прямую связь высокого САД с 15% увеличением риска ранних неврологических осложнений.

Различные уровни АД получены в разных подтипах острого ИИ. J.L. Rodriguez-Garcia et al. (2005) считает, что АД в острый период ИИ выше у лиц с лакунарными И. М.И. Кадомская (2008) выявила исходно высокие САД и ДАД у больных с лакунарным И (160-180 мм рт. ст.), а при атеротромбоэмболическом и кардиоэмболическом подтипах АД оказалось значимо ниже (140-160 мм рт. ст.). Однако при атеротромбоэмболическом подтипе отмечалось повышение уровня АД к концу первых суток И без четкой связи с ухудшением течения ИИ в этот период. Лиц с САД ниже 120 мм рт. ст. больше при кардиоэмболическом подтипе. Степень снижения САД и ДАД выше при лакунарном И, а так же у лиц с исходно более высоким АД в первые сутки. Незначительное снижение АД отмечалось при неуточненном подтипе ИИ, а к 5-6 сут. была замечена тенденция к его повышению.

Требуется уточнение особенностей удержания уровня АД при И.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С ОЖИРЕНИЕМ

Рымашевский А.Н., Андрющенко Ю.А.

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет МЗ и СР РФ»,
e-mail: aad@aanet.ru

Целью работы явилось повысить эффективность лечения полипов эндометрия у женщин с ожирением в постменопаузе.

Были обследованы и в последующем пролечены 127 пациенток периода постменопаузы, которым на основании данных гистероскопии, раздельного диагностического выскабливания слизистой матки и гистологического исследования соскобов был установлен диагноз полипов эндометрия. **Возраст** обследованных колебался от 49 до 73 лет, в среднем составив $61,1 \pm 1,3$ лет. **Длительность постменопаузы** варьировала от 1 года до 24 лет.

При гистероскопической резекции полипов использовали следующую тактику. В 25,8%, использовали кюретаж, гистероскопические микроинструменты – ножницы и щипцы. Железистые полипы удаляли при кюретаже. Мелкий полип, имеющий фиброзный и/или мышечный компонент, особенно в трубном углу удаляли гистероскопическими инструментами. Средний полип в трубном углу, на дне матки или ее стенке на тонкой или умеренно выраженной ножке удаляли при кюретаже с последующей резекцией ножки с помощью эндохирургических инструментов. Крупный полип на ножке захватывали щипцами, откручивали, а затем проводили гистерорезекцию его ножки. Электрохирургическое иссечение полипов проводили при их больших размерах, плотной волокнистой структуре, локализации в трудных для полипэктомии местах (трубные углы), наличии у фиброзных, фиброзно-железистых полипов широкой ножки, в условиях пристеночных полипов на широком основании. Полипэктомия с электрокоагуляцией его места прикрепления была осуществлена в 74,2%. Аблацию эндометрия электрохирургическим методом осуществляли для удаления оставшихся частей полипов и их ножек с глубиной деструкции 4-5 мм. При больших размерах полипов (около 2 см и более) в 22,1% использовали петлевой электрод при осторожных «бритвенных» движениях, в остальных случаях (71,6%) – шариковый электрод. При широком основании полипа место его прикрепления в 3,1% обрабатывали методом вапоризации. Таким образом, тактика проведения самой полипэктомии определялась величиной полипа, локализацией и толщиной его основания, а также морфологической структурой (фиброзирование ножки).

В работе были определены факторы, при наличии которых необходимо применять гормональные и метаболические препараты. К таким факторам можно отнести снижение фолликулостимулирующего гормона в крови менее 10,1 МЕ/л, повышение эстрадиола крови выше 35 пг/мл, снижение прогестерона крови ниже 116 пг/мл, повышенная экспрессия Ki-67 в эндометрии более 12,8, гиперинсулинемия выше 15,3 мкЕД/мл, повышение индекса инсулинорезистентности НОМА-IR **выше 4,75, III степень ожирения при превышении индекса массы**

тела более 41 кг/м², абдоминальное ожирение с превышением окружности талии 123 см. При наличии факторов риска рецидивирования полипов необходимо кроме полипэктомии назначать таким больным коррекцию инсулинорезистентности метформином (1500 мг в сутки) и/или агонисты гонадотропинов (бусерелин – 3,75 мг однократно внутримышечно каждые 4 недели в течение 6 мес.) для ограничения яичникового эстрогенообразования.

Таким образом, при выборе тактики лечения пациенток с полипами эндометрия в постменопаузе с ожирением необходимо выделять пациентов с высоким риском рецидивирования патологического процесса для использования комбинации оперативного лечения и гормональных либо метаболических лекарственных препаратов.

ОТДАЛЕННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИСТЕРОРЕЗЕКЦИИ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ, КОМБИНИРОВАННОЙ С ГОРМОНАЛЬНОЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ, У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С ОЖИРЕНИЕМ

Рымашевский А.Н., Андрющенко Ю.А.

ГОУ ВПО «Ростовский государственный
медицинский университет МЗ и СР РФ»,
e-mail: aad@aanet.ru

Целью работы явилось изучить отдаленные результаты лечения у пациенток с полипами эндометрия и ожирением в постменопаузе при использовании оптимизации органосохраняющего лечения и гормонотерапии

Нами были обследованы 95 пациенток периода постменопаузы с ожирением, у которых были диагностированы полипы эндометрия. **Возраст** обследованных колебался от 48 до 72 лет, в среднем составив $60,5 \pm 1,1$ лет. **Длительность постменопаузы** варьировала от 1 года до 24 лет. У всех больных была выявлена инсулинорезистентность периферических тканей, поскольку индекс резистентности НОМА-IR превышал 2,75. В зависимости от организации лечения пациентки были разделены на три группы: 1-я группа ($n = 31$) – полипы эндометрия удаляли путем гистерорезектоскопии. 2-я группа ($n = 32$) – полипы эндометрия удаляли путем гистерорезектоскопии, а в послеоперационный период в течение 6 месяцев назначали метформин для коррекции инсулинорезистентности (суточная доза 1500 мг). 3-я группа ($n = 32$) – больные, которым проводили гистерорезектоскопию с назначением агониста гонадотропных рилизинг-гормонов бусерелина. Депо-форма бусерелина («ФармСинтез», Россия): 3,75 мг однократно внутримышечно каждые 4 недели в течение 6 мес.