

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.

Результаты лечения в клинических группах оценивали по итогам ультразвукового и гистероскопического исследования на предмет рецидивов патологического процесса. Через 6 месяцев от начала лечения рецидив полипов по данным трехмерного эхографического исследования наблюдался у одного больного (3,2%) из 1-й группы. При этом, во 2-й и 3-й группах рецидивов не наблюдалось. Рецидив образовался в трубном углу, где были использованы только механические микроинструменты, а коагуляцию не проводили ввиду плохого доступа. Через 12 месяцев по данным УЗИ частота рецидивов возросла и составила 6,3% по всей клинической группе. Проведение гистероскопии и гистологического исследования соскобов эндометрия позволило верифицировать диагноз рецидивов в большем проценте случаев – в 8,4%. Распределение числа рецидивов по группам было следующим. Чаще всего рецидивы встречались в 1-й группе – в 16,1% ($n = 5$). Применение метформина во 2-й группе и бусерелина в 3-й группе после полипэктомии привело к урежению рецидивов до единичных случаев (6,3% ($n = 2$) и 3,1% ($n = 1$), соответственно). В 1-й группе в четырех случаях из пяти (80%) рецидивы полипов имели отличную от первичного процесса локализацию. Во 2-й группе причиной рецидива у двух пациенток была широкая ножка основания. При этом для электрокоагуляции использовался шариковый и петлевой электрод, а вапоризацию не проводили. У одной больной рецидив обнаруживали после удалении одиночного полипа. Однако после гистологического исследования эндометриального материала полипы эндометрия оказались множественными, но мелкими (около 3-4 мм).

Таким образом, назначение после полипэктомии агониста гонадотропинов или бигуанида повышают отдаленную клиническую эффективность оперативной гистероскопической резекции, поскольку снижается частота отдаленных рецидивов патологического процесса. Ограничение гиперэстрогении и коррекция инсулинорезистентности с помощью лекарственных средств снижают пролиферативную активность эндометрия у женщин в постменопаузе с ожирением и профилаксируют рецидивы полипов эндометрия.

ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ НА ФОНЕ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОЙ ВАГОТОМИИ

Цибулевский А.Ю., Дубовая Т.К.,
Соколинский Б.З., Раимова Э.Ш., Усенко А.Н.

*Российский государственный медицинский
университет, Москва, e-mail: auts77@gmail.com*

Целью настоящей работы явилось изучение состояния эритроцитов (Эр) при интоксикации четыреххлористым углеродом (ЧХУ; 3,2 г/кг; 24 час) на фоне поддиафрагмальной перерезки блуждающих нервов. В опыте использовано 36 двухмесячных белых крыс-самцов. Контролем служили интактные и ваготомированные крысы, не подвергнутые затравке ЧХУ. С помощью компьютерной морфоденситометрии регистрировали определенные морфологические параметры Эр. Наиболее существенные преобразования в условиях исследуемых экспериментальных воздействий претерпевали нижеописанные показатели. Так, установлено, что ваготомия сопровождается увеличением диаметра, площади Эр и их оптической плотности. Введение ЧХУ исходно интактным крысам приводит к увеличению значения форм-фактора Эр, содержания деформированных Эр и Эр с аномальным распределением оптической плотности. У ваготомированных крыс при интоксикации ЧХУ отмечается уменьшение значения анизохромии, повышение оптической плотности Эр, содержания Эр с искаженным распределением последней и тенденция к увеличению доли деформированных Эр. Сходные морфологические изменения Эр у животных, получавших ЧХУ, заключались в увеличении доли деформированных Эр и Эр с аномальным распределением оптической плотности. Предположительно, эти изменения обусловлены влиянием продуктов биотрансформации ЧХУ (в первую очередь CCl_2) на плазмалемму, цитоскелет и гемоглобин Эр. Специфика обнаруженных изменений Эр при отравлении ЧХУ на фоне ваготомии, по всей видимости, связана с тем, что ответная реакция эритрона на токсикант развивается в условиях сложного комплекса морфофункциональных и метаболических перестроек в различных органах и системах, обусловленных перерезкой блуждающих нервов.