

расте от 18 до 60 лет. Пациенты были разделены на три группы: 1-ая - пациенты в стадии обострения без осложнений, 2-ая – пациенты с язвенной болезнью осложненной гастродуоденальным кровотечением, 3-я – пациенты с язвенной болезнью в стадии ремиссии. У всех пациентов исследовался тромбоцитарный и коагуляционный гемостаз, определялось количество D-димеров как маркеры ДВС-синдрома. Концентрация ЛФ и ФР в сыворотке крови изучали методом иммуноферментного анализа с использованием наборов реактивов ЗАО «Вектор-Бест-Европа». Контрольную группу составили 25 человек здоровых лиц 15 мужчин и 10 женщин.

При изучении агрегационной способности тромбоцитов у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки установлено снижение степени агрегации кровяных пластинок у всех групп пациентов. Причем у пациентов 2-ой группы снижение было более выражено по сравнению с остальными группами. Исследования коагуляционного гемостаза выявили статистически достоверные сдвиги прокоагулянтной и антикоагулянтной активности, а так же повышение фибринолитического потенциала крови у пациентов 1-ой и 2-ой групп. Наиболее выраженные изменения обнаруживались при определении АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) и времени свертываемости по Ли-Уайту. Так при определении АЧТВ у пациентов второй группы тест удлинился на 13%, у пациентов 1-ой группы удлинение теста на 7,6 % по сравнению с показателями контрольной группы. Данные результаты могут свидетельствовать о нарушении внутреннего пути свертывания. Изменение других показателей, таких как ПТИ, фибриноген А, время рекальцификации плазма, фибриноген В проявлялось в меньшей степени. Перечисленные сдвиги сопровождалось повышением в крови D-димерных комплексов, являющихся маркерами ДВС-синдрома. Наивысшее значение данного показателя определялось у пациентов 2-ой и 1-ой групп. Так у пациентов с язвенной болезнью осложненной кровотечением показатели D-димерных комплексов превышало в 2 – 2,5 раза показатели контрольной группы.

В результате исследования так же установлено, что содержание ЛФ в крови у больных язвенной болезнью в 1,5-2,0 раза выше чем в контроле и не зависит от локализации язвы, степени тяжести заболевания. Концентрация ФР так же превышает показатели контрольной группы в 2,5 – 3 раза. У мужчин содержание данных белков в крови было значительно выше по сравнению с женщинами. Концентрация в крови ЛФ и ФР зависела от возраста, но разница не достоверная как среди больных, так и в контроле. Концентрация ЛФ и ФР в период ремиссии через 3-4 недели снижается, но не у всех, вероятно зависит от временного фактора и связана с рубцеванием язвы и наступлением полной морфологической ремиссии заболевания. Четкой корреляционной зависимости между содержанием ЛФ и ФР и показателями тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза нами выявлено не было. Размеры язвы и сроки рубцевания не имеют четкой зависимости с концентрацией в крови ЛФ и ФР.

Таким образом у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки установлены изменения во всех звеньях системы гемостаза, развитие латентной формы ДВС-синдрома, наличие которого у обследуемых пациентов подтверждается повышенным содержанием в крови D-димеров, повышение концентрации в крови ЛФ и ФР, что является следствием воспаления, некроза и пролиферации в очаге язвенного дефекта слизистой. В совокупности данные нарушения приводят к ухудшению эффективности доставки кислорода к тканям, что в свою очередь способствует распространению деструктивного поражения в слизистой оболочке гастродуоденальной области, а так же нарушению нормального протекания процессов рубцевания и эпителизации дефектов.

Работа представлена на VII научную конференцию с международным участием «Успехи современного естествознания», Дагомыс (Сочи), 4-7 сентября 2006. Поступила в редакцию 31.08.2006г.

Ультразвуковая диагностика миомы матки

Молдавская А.А. Шелудько В.В. Бахина Н.В.

*Астраханская государственная
медицинская академия*

Ультразвуковое исследование является высокоинформативным, безопасным, доступным методом исследования. Оно позволяет определить локализацию, величину, расположение, структуру миоматозных узлов. Чувствительность УЗИ-метода составляет 80-100%, специфичность 90-94%. Наиболее целесообразно использовать сочетание трансабдоминального и трансвагинального исследования органов малого таза (И.С. Сидорова, 2003).

Морфогенез, диагностика, лечение миомы матки широко обсуждаются в литературе. Многие вопросы, посвященные данной проблеме, остаются дискуссионными и недостаточно изученными, поэтому чрезвычайно важно и актуально изучение основных клинико-морфологических вариантов развития миомы матки - простая и пролиферирующая.

Как правило, миома матки - это доброкачественная, разнообразная, множественная опухоль, растущая из незрелых миоцитов стенки матки. Миоматозный узел повторяет морфологическое строение одного из трех слоев миометрия, из которого он первоначально развивался, поэтому содержание паренхимы и стромы весьма различно (И.С. Сидорова, 2003).

Возникновение и развитие миомы матки синхронно с патологией других органов и тканей репродуктивной системы (яичники, эндометрий, шейка матки, молочные железы, функциональное нарушение щитовидной железы и коры надпочечников). На поздний репродуктивный возраст приходится "пик" обнаружения миомы матки. По данным Е.М. Вихляевой (1997), средний возраст выявления миомы матки составляет 33-35 лет. Через 10-12 лет у большинства больных имеет место прогрессия опухолевого роста, а у 40-65% имеются показания к хирургическому лечению.

В отделении ультразвуковой диагностики и компьютерной томографии Областного онкологического диспансера г. Астрахани за 2004 год было выявлено

485 пациенток с миомой матки. Возраст обследованных женщин колебался от 35 до 55 лет. Из них, 68 пациенток нуждались в срочном оперативном вмешательстве. Больные женщины находились в двух возрастных периодах: позднем репродуктивном (35-45 лет) и перименопаузальном (46-55 лет).

По клинико-морфологическим признакам женщины с миомой матки были разделены на две группы: I группа - 375 пациенток (77%) с простой миомой матки, II группа - 110 пациенток (22%) с пролиферирующим ростом опухоли.

Больные женщины обеих групп предъявляли жалобы на кровянистые выделения из половых путей, боль и тяжесть в нижних отделах живота, его увеличение в объеме.

При простой миоме матки были изменены акустические свойства тканей опухоли. В результате отека позади узла возникал эффект звукоусиления. При некротических изменениях внутри опухоли наблюдались эконегативные зоны, которые представляли собой участки кистозной дегенерации. Размеры матки соответствовали 4-6 неделям беременности. Большинство пациенток с простой миомой матки имели 1-2 миоматозных узлов, размерами от 15 до 15 мм, подбрюшинно-мышечной локализации.

У больных с пролиферирующей миомой размеры матки соответствовали 10-11 неделям беременности. Миомы с пролиферирующим развитием узлов были изоэхогенны. Для них было характерно наличие множественных узлов межмышечной локализации, размерами от 6 до 60 мм, которые вызывали деформацию контуров матки и ее полости, нарушали топографию органов малого таза. При больших миомах яичники были подтянуты к углам матки.

У женщин с пролиферирующей миомой матки часто встречались гиперпластические процессы эндометрия. Характерными ультразвуковыми признаками были неоднородность структуры, наличие эхопозитивных и эконегативных включений в виде мелких кисточек и эхопозитивных образований различной величины.

Одновременно с этим, у 80% больных отмечалось развитие дисгормональной патологии молочных желез по типу фиброзно-кистозной мастопатии.

Миому матки дифференцировали с узловатой формой аденомиоза, при котором размеры матки изменялись в различные фазы менструального цикла. Перед менструацией матка значительно увеличивалась, после менструации - уменьшалась. Для аденомиоза было характерно наличие округлой формы матки из-за увеличения передне-заднего размера. Женщин с аденомиозом беспокоили длительные мажущие кровянистые выделения до и после менструации, приступообразные боли в животе. В анамнезе у них имелись указания на инструментальные вмешательства на матке.

Для злокачественной трансформации эндометрия было свойственно выявление расширенной срединной гиперэхогенной структуры до 25 мм с нечеткими неровными наружными контурами. Выявлялись гипозоногенные включения неправильной формы.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что женщины с миомой матки составляют группу "риска" по развитию гиперпластических про-

цессов эндометрия, молочных желез и новообразований в яичниках.

Считаем, что женщинам позднего репродуктивного и перименопаузального возраста необходимо ультразвуковое обследование с профилактической целью.

Список литературы:

1. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения)/Под ред. И.С. Сидоровой. - М.: Медицинское информационное агентство, 2003, 256 с.
2. Вихляева Е.М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1997. - № 3. - с. 21-23.

УДК 615.214.22.012:627

Конструирование и биофармацевтические исследования трансдермального пластыря гипополипидемического действия с дипромонием

Морозов Ю.А.

*Пятигорская Государственная
Фармацевтическая Академия*

В последние годы наибольшее распространение и коммерческий успех среди различных систем доставки лекарственных веществ получили - трансдермальные терапевтические проводящие системы. Это пластыреобразные лекарственные формы, предназначенные для непрерывной контролируемой подачи содержащихся в них лекарственных веществ через неповрежденную кожу в системное кровообращение в течение длительного (ограниченного только медицинскими показаниями) времени с заранее заданной скоростью и по заданной кинетической программе [1,2]. По сравнению с традиционными лекарственными формами трансдермальные терапевтические системы обладают следующими преимуществами:

- п быстрое наступление системного действия по сравнению с пероральным введением;
- п возможность защиты лекарственного вещества от разрушения в желудочно-кишечном тракте;
- п отсутствие раздражающего действия на ЖКТ;
- п возможность продлить срок действия лекарственных веществ, имеющих малое время полураспада;
- п позволяют уменьшить колебания концентрации лекарственных веществ, снижая тем самым риск развития побочных эффектов;
- п безболезненное введение, которое может быть прервано в любой момент;
- п снижение риска передозировок;
- п облегчение лечения детей и больных в бессознательном состоянии;
- п безопасность лечения, так как вся доза находится вне организма.

Вместе с тем, существуют и ограничения в применении ТТС:

- п возможно раздражение или контактная сенсibilизация кожи, причиной которых является неблагоприятное взаимодействие активных или неактивных компонентов системы с кожей.