

ввиду наличия кистозных образований. В 1-й основной группе больных возраст пациенток колебался от 28 до 48 лет, в среднем составив $39,0 \pm 0,6$ лет. Во 2-й основной группе возраст больных находился в диапазоне от 27 до 47 лет, среднее значение было $37,9 \pm 0,8$ лет. В контрольной группе возраст больных варьировал от 24 до 47 лет, среднее значение было $38,5 \pm 0,9$ лет. У больных трех клинических групп показаниями к операции были быстрый рост, большие размеры опухоли, субмукозное расположение узла, нарушение питания в одном из узлов миомы. У всех больных контрольной группы миома матки сочеталась с кистозными изменениями яичников.

Структура жалоб женщин клинических групп через 1 год после перенесенной ГЭ отражена в табл.1.

Самыми частыми жалобами после удаления матки с сохранением всей или части яичниковой ткани были приливы и потливость, которые могут являться симптомами преждевременной недостаточности сохраненной яичниковой ткани, и боли, обозначенные в табл.1 как "другие". Они включали в себя боли в пояснице, боли внизу живота. Как правило, причиной этих болей являлись оставленные при операции яичники и спаечный процесс - "синдром оставленных яичников".

У больных контрольной группы частота встречаемости практически всех жалоб (приливы, потливость, боли и др.) была в 2-3 раза выше.

Итак, реже других жалобы встречались у больных 1 основной группы, у которых оставленные яичники были фиксированы к круглой связке матки.

Таблица 1. Структура жалоб женщин клинических групп через 1 год после перенесенной ГЭ.

Жалобы	Группа		
	1 основная, n=54	2 основная, n=68	Контрольная, n=48
Отсутствие жалоб	14 (25,9%)	12 (17,6%)	11 (22,9%)
Приливы	11 (20,4%)	25 (36,8%)	29 (60,4%)
Потливость	15 (27,8%)	24 (35,3%)	32 (66,7%)
Головокружение	2 (3,7%)	4 (5,9%)	7 (14,6%)
Головная боль	4 (7,4%)	7 (10,3%)	10 (20,8%)
Раздражительность	5 (9,3%)	9 (13,2%)	12 (25%)
Депрессия	1 (1,9%)	2 (2,9%)	6 (12,5%)
Сердцебиения	5 (9,3%)	8 (11,8%)	18 (37,5%)
Костно-мышечные боли	3 (5,6%)	5 (7,4%)	8 (16,7%)
Нарушения сна	1 (1,9%)	2 (2,9%)	4 (8,3%)
Снижение либидо	4 (7,4%)	6 (8,8%)	9 (18,8%)
Снижение памяти	2 (3,7%)	4 (5,9%)	7 (14,6%)
Слезливость, возбудимость	5 (9,3%)	10 (14,7%)	17 (35,4%)
Лабильность АД	7 (13%)	13 (19,1%)	18 (37,5%)
Другие боли	18 (33,3%)	24 (35,3%)	31 (64,6%)

Клинически функциональная неполноценность яичников через 1 год после ГЭ проявлялась в полной мере лишь у больных контрольной группы.

Таким образом, наибольшей клинической эффективностью у женщин репродуктивного возраста обладает гистерэктомия с овариопексией.

Работа представлена на заочную электронную конференцию 15-20 мая 2006г. «Диагностика, терапия, профилактика социально значимых заболеваний человека». Поступила в редакцию 16.06.2006 г.

ВЛИЯНИЕ ТИПА КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ЯИЧНИКОВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Евдокимова Е.П., Яценко Н.В.

РостГМУ,
Ростов-на-Дону

Целью работы явилось произвести оценку ультразвуковых характеристик яичникового кровотока в зависимости от типа кровоснабжения яичников после удаления матки с различной хирургической тактикой

в отношении оставленных яичников в ближайший и отдаленный послеоперационные периоды.

В клинической группе женщин (n=54) при хирургическом лечении миомы матки проводили гистерэктомию с фиксацией оставленных яичников к круглой связке матки. Показаниями к операции были быстрый рост миомы, большие размеры опухоли, субмукозное расположение узла, нарушение питания в одном из узлов миомы. Возраст пациенток колебался от 28 до 48 лет, в среднем составив $39,0 \pm 0,6$ лет. Всем больным до операции, в ближайший и отдаленный послеоперационные периоды проводили ультразвуковое исследование с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков частотой 3,5 и 7 МГц. Основные параметры настройки прибора: частота повторения импульсов – 250 Гц, минимальное значение доплеровского фильтра – 100 Гц. Допплерометрическое исследование проводили с помощью ультразвуковой диагностической системы «Toshiba (Eccossee) SSA-340» (Япония). Использовали фильтр 200 Гц и датчик с частотой 3,5МГц. В ходе исследования с помощью автоматизированной экспертной системы определяли систоло-диастолическое отношение скоростей потока крови, индексы резистентности и пульсации в яичниковой ветви маточной арте-

рии, в яичниковой артерии. Расчет производился автоматически. У женщин обследование проводили в пролиферативную фазу менструального цикла (5-й–10-й день), поскольку в секреторную фазу цикла результаты доплерометрии могут быть ложноположительны за счет гиперваскуляризации желтого тела (Зыкин Б.И., Медведев М.В., 2000; Зыкин Б.И., Проскуракова О.В., Буланов М.Н., 1997). Для изучения особенностей кровотока проводилась цветовая и энергетическая доплерография, при помощи которой визуально оценивали наличие кровотока, локализацию и количество цветковых локусов (Медведев М.В., Куница И.М., 1994).

У больных до проведения гистерэктомии с помощью цветового доплеровского картирования выделяли следующие типы кровоснабжения яичников: I тип - равная гемодинамическая мощность яичниковой артерии и яичниковой ветви маточной артерии; II тип - преобладание кровотока яичниковой артерии; III тип - преобладание кровотока маточной артерии. После операции яичниковый кровоток оценивали в зависимости от типа кровоснабжения яичников в дооперационный период.

Сравнительный анализ показал, что изменения кровотока яичника с повышением сосудистого сопротивления носят достоверно более выраженный характер у пациенток с III типом кровоснабжения яичников. В то же время у больных I-й основной группы с I типом кровоснабжения яичников все показатели кровотока через 6 мес пришли в норму. У больных I-й основной группы со II типом кровоснабжения яичников исходные дооперационные значения кровотока были достигнуты через 1 год после операции. Следовательно, степень и стойкость гемодинамических нарушений овариального кровотока прямо зависели от типа кровоснабжения яичника. Так, у больных с I типом кровоснабжения яичников лигирование яичниковой ветви маточной артерии при гистерэктомии вызывало существенные сдвиги в экстраорганных сосудах яичника лишь в первые послеоперационные сутки. Следовательно, при равной гемодинамической мощности яичниковой артерии и яичниковой ветви маточной артерии перерезка маточной артерии при гистерэктомии сказывается в меньшей мере на послеоперационном кровоснабжении половой железы. При преобладании кровотока в яичниковой артерии такое лигирование приводит к уменьшению пульсового давления в результате подъема минимального давления в артериальной сети, превращая импульсный кровоток в непрерывный. При кровоснабжении яичника преимущественно маточной артерией пересечение собственной связки яичника вызывает резкое снижение кровотока в его экстраорганных сосудах.

Таким образом, равная гемодинамическая мощность яичниковой артерии и яичниковой ветви маточной артерии в дооперационный период, особенно при выполнении фиксации яичника, сопровождается быстрой нормализацией кровотока в послеоперационный период.

Работа представлена на заочную электронную конференцию, 15-20 февраля 2006г. «Современные наукоемкие технологии». Поступила в редакцию 16.06.2006 г.

ФЕРМЕНТЫ ПРЯМОЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Корочанская С.П., Абрамов Ю.Г., Алуханян О.А.

*Кубанский государственный
медицинский университет*

Целью данной работы явилось использование определения активности ферментов прямой антиоксидантной защиты (каталазы-КА- и супероксиддисмутаза крови-СОД) для повышения эффективности дифференциальной диагностики облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей: облитерирующего атеросклероза (ОА) и облитерирующего тромбангиита (ОТ).

Функционирование любой биологической системы сопровождается образованием свободных радикалов и характеризуется определенным стационарным уровнем свободно-радикальных процессов. Продукты одноэлектронного восстановления кислорода вызывают дезорганизацию клеточных структур, приводят к тяжелым патологиям, в том числе к облитерации сосудов. Ферменты прямой антиоксидантной защиты являются не только показателями неспецифической резистентности организма, но и отражают “биохимическую” предрасположенность к заболеваниям. Активность СОД является ключевым моментом в оценке антиоксидантного статуса на клеточном уровне, критерием разбалансированности системы антиоксидантной защиты.

Нами было обследовано 113 пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, из них 53 человека – с ОА и 60 пациентов - с ОТ в возрасте 30-45 лет и уровнем поражения сосудов от аорто-вздошной зоны до берцового сегмента. Тяжесть хронической артериальной недостаточности (ХАН) определяли по классификации Фонтена - Покровского (1979). Контрольную группу составили 30 практически здоровых мужчин (добровольцы) этого же возраста.

Активность каталазы определяли колориметрически по методу Aebi H. (1982), основанному на способности пероксида водорода давать стойкое окрашивание с молибдатом аммония. Активность СОД определяли по способности фермента ингибировать восстановление тетразолия нитросинего в присутствии феназинметасульфата и НАД-Н (Nishikimi et al., 1972).

При обоих заболеваниях обнаружены глубокие нарушения метаболических процессов в тканях, что сопровождалось снижением защитной мощи антиоксидантной системы. Так установлено снижение активности СОД, что можно рассматривать как показатель накопления супероксидного анион-радикала. При ОТ по мере нарастания ишемии конечности падение активности фермента увеличивалось: при ХАН II А ст. - на 20,3%, ХАН II Б – 31,4%, ХАН III - 33%, ХАН IV – 33,8% (по сравнению с контрольной группой, где активность СОД составила $87,7 \pm 1,7$ ед/моль).

При облитерирующем атеросклерозе обнаружено более резкое падение активности фермента. В зави-