

том, что, используя одноразовый аноскоп с косым срезом и подсветку, выделяется геморроидальный узел. Рабочая часть инструмента в виде толстой иглы, соединенной с источником ультразвуковых колебаний (рабочим узлом) и дозатором, заполненным склерозантом, вводится во внутренний геморроидальный узел выше зубчатой линии при включенном аппарате. Несмотря на то, что конец инструмента имеет тупой срез, под воздействием ультразвуковых колебаний инструмент легко перфорирует слизистую. После этого давлением на дозатор начинаем введение склерозанта, одновременно продвигая инструмент к ножке узла. При этом инструмент оказывается погруженным в жидкую среду и за счет ультразвуковых колебаний с частотой 51 тыс. в секунду создает явления кавитации, которая способствует импрегнации склерозанта в стенку кавернозных тел. Во время выполнения процедуры (10-15 секунд) рабочая часть инструмента нагревается, создавая в теле геморроидального узла коагуляционный канал. После удаления инструмента из геморроидального узла стенки канала не спадаются, и через входное отверстие происходит декомпрессия, т. е. излишки склерозанта вытекают в просвет кишки. Мы считаем, что с этим связано снижение токсического воздействия

склерозанта на ткани и то, что мы не наблюдали некроза геморроидального узла.

Впоследствии происходит эффективное сморщивание геморроидального узла в течение 2-х недель, а образованный канал склерозируется, частично приобретая функцию связки Трейтца.

В настоящее время мы можем сравнить первые результаты эффективности лечения методом склеротерапии с ультразвуком и методом стандартной склеротерапии. Чтобы сравнить результаты лечения, мы взяли две группы пациентов: основная группа – 486 пациентов – склеротерапия с ультразвуком, контрольная группа – 585 пациентов – традиционная склеротерапия.

После завершения процедуры результат считался хорошим, если пациентам не требовалось дополнительного лечения. Если симптомы заболевания повторялись, проводилось дальнейшее лечение – это расценивалось как удовлетворительный результат. Если происходил рецидив заболевания, то результат считался плохим.

Результаты лечения двух групп пациентов (%)

Таблица 1.

Стадия	Хорошие результаты		Удовлетворительные		Неудовлетворительные	
	1	2	1	2	1	2
I	100	59,2	-	40,8	-	-
II	100	80,3	-	19,7	-	-
III	86	62,2	14	30,1	-	6,7
IV	38,9	-	22,2	8,2	38,8	91,8

1-склеротерапия с ультразвуком

2- традиционная склеротерапия

Применение этой технологии снижает хирургическую активность до 4%. Однако, следует отметить, что самые лучшие результаты достигнуты у пациентов со стадиями заболевания от I до III.

Пациентам с IV стадией заболевания предпочтительно выполнять хирургическое вмешательство.

При склеротерапии с ультразвуком рецидив был у 7 из 486 пациентов (1,5%). При использовании старой методики – у 64 из 585 пациентов (10,9%).

Мы сравнили количество осложнений при традиционной склеротерапии – 51 из 585 пациентов (8,7%); при склеротерапии с ультразвуком – 13 из 486 пациентов (2,7%). Таким образом, процент осложнений при склеротерапии с ультразвуком был снижен в 4 раза.

Выводы

Новый метод склеротерапии с ультразвуком доказал свою эффективность.

Формирование искусственного связочного аппарата внутри геморроидальных узлов снизило в 7 раз количество рецидивов после лечения.

ИЗМЕНЕНИЕ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

Тюрина Е.Э., Некрасова М.Ф., Потеряева О.Н.
*Новосибирский государственный медицинский университет,
г. Новосибирск, Россия*

60 млн. женщин во всем мире используют комбинированные оральные контрацептивы (КОК), у 10% из них развиваются серьезные ос-

ложнения. Одним из наиболее рано появляющихся побочных эффектов приема КОК является аменорея [Тихомиров, Олейник, 2006]. Целью исследования: показать влияние исходной гиперандрогении на частоту постпилюльной аменореи у женщин детородного возраста, проследить возможные гормональные механизмы развития аменореи у женщин этой группы, оценить вклад тиреоидных гормонов.

Материалы и методы. Исследовали женщин с лабораторно-верифицированной гиперандрогенией, принимавших КОК (20 человек). Средний возраст женщин составил $25,5 \pm 1,4$ года; индекс массы тела $21,7 \pm 2,2$, средний возраст менархе 14,8 года. Женщины обследовались повторно через 10-12 месяцев. Уровень пролактина, тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (Т4 общ.), дегидроэпиандростерона сульфат (ДЭАС), тестостерона, 17α -гидроксипрогестерона в плазме крови определяли флюориметрическим методом до и после приема КОК.

Собственные результаты. Частота аменореи у женщин с гиперандрогенией, принимающих КОК, составила 18%. По результатам гормонального исследования выделены 2 подгруппы: с повышением ДЭАС (более 10 мкмоль/л), во 2 подгруппе наблюдалось увеличение тестостерона (более 4 нмоль/л при нормальном уровне ДЭАС). В обеих группах у женщин были сопоставимые клинические проявления гиперандрогении, но до приема КОК не было аменореи. В обеих подгруппах выявлено достоверное понижение уровня ТТГ. В 1 подгруппе его содержание составило $1,1 \pm 0,15$ мIU/л, во 2 подгруппе - $0,98 \pm 0,1$ мIU/л, по сравнению с контрольной группой $2,3 \pm 0,36$ мIU/л. При этом уровень Т4 общ оставался в пределах допустимых значений. Одновременно достоверно повышался уровень пролактина по сравнению с контрольной группой здоровых женщин, принимавших те же препараты КОК в течение 1 года. Отмена КОК не вызвала достоверного изменения параметров тиреоидного статуса.

Выводы. Таким образом, было обнаружено, что у женщин с гиперандрогенией наблюдается угнетение секреции ТТГ, не связанное с типом увеличенного андрогена и приемом КОК. Мы полагаем, что наблюдаемая у женщин с гиперандрогенией высокая частота аменореи на фоне приема КОК связана с избирательной стимуляцией секреции пролактина компонентами КОК в присутствии избытка андрогенов. Избыток последних приводит к прямому угнетению ТТГ.

СУТОЧНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У РАБОТНИКОВ «СТРЕССОВЫХ» ПРОФЕССИЙ

Шахматова К.И., Осипова И.В., Антропова О.Н.,
Перевозчикова Т.В., Лобанова Н.А.,
Попов А.А., Ломаев И.С.

*НУЗ Отделенческая клиническая больница
на ст. Барнаул.
г. Барнаул, Россия*

Изучение состояния вегетативной нервной системы (ВНС), а также причин возникновения и клинических проявлений вегетативных расстройств является одной из актуальных проблем современной медицины. За последнее время были выявлены тесные взаимосвязи между состоянием ВНС и различными нарушениями ритма сердца, а также смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), включая внезапную сердечную смерть. Убедительно показано, что реакции ВНС могут служить провоцирующим фактором развития аритмий у больных с патологическими изменениями в сердце, например при гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), ишемической болезни сердца (ИБС). Изменения вегетативной иннервации часто предшествуют сердечным аритмиям и изучение ее состояния может быть использовано для выявления больных с повышенным риском развития различных нарушений ритма сердца. Машинисты и их помощники относятся к так называемым «стрессовым» профессиям. Хронические стрессовые ситуации вызывают дисбаланс ВНС с преобладанием тонуса симпатической нервной системы, что в свою очередь, приводит к развитию ССЗ и нарушения ритма.

В связи с этим, целью исследования было оценить показатели суточной вариабельности сердечного ритма у работников железнодорожного транспорта с артериальной гипертонией (АГ) и проанализировать взаимосвязи структурно-геометрических изменений левого желудочка с вегетативным статусом у этих пациентов, а так же определить риск развития осложнений гипертонической болезни и нарушения сердечного ритма у железнодорожников.

Оценивались данные анамнеза (возраст, курение, индекс массы тела (ИМТ), длительность ССЗ), общеклинического обследования (липидемический профиль, глюкоза крови, фибриноген), результаты суточного мониторирования электрокардиографии (СМ-ЭКГ) и суточной вариабельности сердечного ритма (комплекс LАVТЕН, Венгрия). Оценивались нарушения ритма сердца, ишемические изменения в миокарде на ЭКГ (кодируемое смещение сегмента ST ниже изолинии), средняя за сутки, минимальная и максимальная частота сердечных сокращений (ЧСС).

При анализе вариабельности сердечного ритма (ВСР) оценивались параметры гистограммы и спектральные показатели. SDNN – суммарный эффект влияния симпатической и парасим-