

диматочном углублении оставляли ПХВ дренаж не менее 7 мм диаметром, который открывали спустя 20 – 24 часа после окончания операции для удаления остатков перфузата.

Расчет доз цитостатика ведется исходя из площади поверхности тела, рекомендованной дозой является доксорубин 60 мг/м² и цисплатин 50 мг/м². Эффективность терапии обусловлена следующими факторами.

1. Прямым повреждающим действием цитостатиков доксорубин и цисплатин на гетеротопии эндометриоза с активацией их последующей резорбции;

2. Созданием эффективной концентрации химиопрепаратов при повышении температуры перфуза-

та до 42 – 45 градусов на глубине до 5 мм в толще и под брюшиной уже при 30-минутной экспозиции или при нормотермическом гидроперитонеуме в течение 20 – 24 часов после хирургического этапа.

3. Возможностью выполнения органосберегающего объема при лечении одно- и двусторонних эндометриом (марсупиализация кист с последующей экспозицией их выстилки действию химиопрепаратов), а также при ретроцервикальном инфильтративном эндометриозе.

4. Отсутствием провокации развития послеоперационного спаечного процесса и подавляющего действия на овulatoryную функцию яичников при ограничении температуры перфузии 42° градусами.

Фридман Д.Б.

Кафедра патологической анатомии, кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И ХАРАКТЕР МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АДЕНОМИОЗОМ

Актуальность проблемы. Исследование анамнеза и клинических проявлений аденомиоза позволяет определить признаки, обладающие высокой прогностической значимостью для диагностики аденомиоза, обосновать проведение инвазивных биопсийных исследований, позволяющих достоверно установить наличие эндометриоидных гетеротопий у больных.

Материал и методы исследования. Всего обследовано 47 больных, из которых у 26 аденомиоз был подтвержден с помощью 6-точечной пункционной биопсии миометрия, у 18 диагностирован после гистологического обследования препарата при гистерэктомии, 13 составили группу контроля (при исследовании биоптатов, полученных при 6-точечной пункционной биопсии эндометриоидных гетеротопий обнаружено не было).

Результаты исследования. Установлено достоверное отличие параметров возраста, объема кровянистых выделений, длительности заболевания, связи развития НМЦ с анамнезом жизни, динамики клинических проявлений с родами, размеров матки, паритета, болезненности матки. Не установлено достоверных отличий в длительности кровотечения, количестве диагностических выскабливаний, сроке менархе, наличии или отсутствии хронических инфекций гениталий. Проведены расчеты предиктивной ценности диагностических признаков аденомиоза.

Выводы. Указанные клинические признаки позволяют обосновать применение дополнительных методов исследования в диагностике аденомиоза.

Ярмолинская М.И., Сельков С.А.

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им.Д.О.Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия

РОЛЬ ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ КЛЕТОК И СИСТЕМЫ ИНТЕРФЕРОНОВ В РЕГУЛЯЦИИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Введение. В патогенезе эндометриоза принимают участие различные компоненты иммунной системы, роль которых в те или иные периоды заболевания может иметь первостепенное значение или отодвигаться на второй план. Наиболее важным, на наш взгляд, является изучение иммунной системы с позиций её надзорных функций.

Цель: Изучить изменения антипролиферативных компонентов иммунной системы в периферической крови (ПК) и перитонеальной жидкости

(ПЖ) у больных с НГЭ и разработать схемы патогенетической иммуноориентированной терапии.

Материал и методы. При выполнении данной работы было обследовано 546 пациенток в возрасте от 20 до 44 лет с НГЭ. Диагноз у всех больных был установлен на основании интраоперационного обследования (493 лапароскопии и 53 чревосечения), а также подтвержден результатами гистологического исследования. Степень распространенности процесса определяли в баллах